

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-Nr.: 1.1.17

MÄDCHEN-GESUNDHEIT

Risikoaffinitäten und Gesundheitsverhalten
in der Sozialisation weiblicher Jugendlicher

Abschlußbericht zum Forschungsvorhaben

"Gesundheitserziehung weiblicher Jugendlicher zwischen
Schule und Arbeitswelt" im Auftrag und mit Mitteln der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

- Dezember 1986 -

Cornelia Helfferich +/*

Melitta Walter *

Peter Franzkowiak +

+) Abt. für Medizinische Soziologie
der Albert-Ludwigs-Universität
Stefan-Meier-Str. 17
D-7800 Freiburg i. Br.

*) Sozialwissenschaftliches
FrauenForschungsInstitut
Freiburg (SOFFI)
Sternwaldstr. 28
D-7800 Freiburg i. Br.

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

I	EINLEITUNG: UNSICHTBARKEIT UND AUSGRENZUNG DES WEIBLICHEN IN GESUNDHEITS- UND JUGENDFORSCHUNG	1
II	EPIDEMIOLOGIE	15
1.	Einleitung	15
2.	Mortalität und Morbidität	17
2.1	Mortalität	17
2.2	Gesundheitszustand	18
3.	Alkoholkonsum	22
3.1	Allgemeine und geschlechtsspezifische Verteilungstrends	22
3.2	Geschlechtsspezifische Konsumverläufe	25
3.3	Geschlechtsspezifische Muster nach Konsumhöhe und -intensität	28
3.4	Geschlechtsspezifische Alkoholpräferenzen	30
3.5	Geschlechtsspezifische Konsumanlässe und -orte	31
3.6	Geschlechtsspezifische Einstellungen und Motivationen	33
4.	Zigarettenrauchen	37
4.1	Allgemeine und geschlechtsspezifische Verteilungstrends	37
4.2	Konsumintensität und Präferenzen	39
4.3	Geschlechtsspezifische Konsumverläufe	40
4.4	Geschlechtsspezifische Konsumanlässe und -orte	42
4.5	Geschlechtsspezifischer Einstellungs- und Motivationswandel in der Raucherbiographie	43
5.	Konsum illegaler Genuß- und Rauschmittel	48
5.1	Drogenbegriff und problematische Datenlage	48
5.2	Allgemeine und geschlechtsspezifische Verteilungstrends	50
5.3	Geschlechtsspezifische Konsumpräferenzen, Verbrauchsmuster und "Drogenkarrieren"	54

6.	Medikamentenkonsum	57
6.1	Forschungsmethodische Vorbemerkung	57
6.2	Allgemeine und geschlechtsspezifische Verteilungstrends	57
6.3	Geschlechtsspezifische Entwicklung des Konsums	58
6.4	Geschlechtsspezifische Präferenzen für Präparategruppen/Einnahmemuster	59
6.5	Medikamentenkonsum und Gesundheit/ Gesundheitskonzept	60
7.	Ernährung/EBstörungen	63
7.1	Ernährungsverhalten	63
7.2	Anorexia nervosa	65
7.3	Bulimia nervosa	68
7.4	Adipositas	70
III	ZUR ÜBERTRAGBARKEIT GESCHLECHTSUNSPECIFISCHER GESUNDHEITS- BZW. RISIKOMODELLE AUF WEIBLICHE JUGENDLICHE	72
1.	Forschungsmethodische Vorbemerkung	72
2.	Zur Relevanz familienzentrierter Ansätze für die Erklärung des Gesundheitsverhaltens bzw. Genuß- und Rauschmittelkonsums weiblicher Jugendlicher	73
2.1	Erklärungsansatz: "Broken Home"	73
2.2	Erklärungsansatz: Elterliches Modellverhalten/ Theorie sozialen Lernens	77
2.3	Erklärungsansatz "Psychodynamische Prozesse in der Familie" I: Erziehungsstil	83
2.4	Erklärungsansatz "Psychodynamische Familien- prozesse" II: Familiäre Interaktion	88
3.	Das Bild von Jugendlichen mit problematischem Genuß- und Rauschmittelkonsum bzw. Gesundheits- verhalten	92
3.1	Persönlichkeitsmerkmale und Wertorientierungen	92
3.2	Freizeitverhalten	98
4.	Die Relevanz von Peer-Group-Ansätzen zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens bzw. Genuß- und Rausch- mittelkonsums weiblicher Jugendlicher	100

4.1	Erklärungsansatz "Gruppendruck"/"Gleichaltrigenmodelle" und "Gruppenspezifische Drogenstile"	101
4.2	Erklärungsansatz "Subjektive gruppenbezogene Funktionalität des Suchtmittels"	103
5.	Relevanz des Erklärungsansatzes "Bewältigungshandeln"	108
6.	Das Konzept der Entwicklungsaufgaben	115
IV	MÄDCHENSPEZIFISCHE ENTWICKLUNGSAUFGABEN	126
1.	Vorbemerkung	126
2.	Geschlechtsspezifische Ablösungsmodi	127
3.	Gebrochene Identifikation mit der Mutter und Ambivalenz der Geschlechtsrollenübernahme bei Mädchen	129
4.	Die weibliche Ambivalenz von Familien- und Berufsorientierung	130
5.	Problematische weibliche Sexualität	132
6.	Körper	139
7.	Kommunikative Alltagspraxis versus räumliche Aneignung; Körperbezogene Entspannungstechniken	146
8.	Der Aufbau sozialer Beziehungen	150
V	REKONSTRUKTION: GESUNDHEITSVERHALTEN IM RAHMEN MÄDCHENSPEZIFISCHER ABLÖSUNGSPROZESSE	155
1.	Revision des Entwicklungsaufgaben-Konzeptes; Leitfragen für die Rekonstruktion der Verhaltensmuster von Mädchen	155
2.	Alkoholkonsum	160

3.	Zigarettenrauchen	172
4.	Konsum illegaler Genuß- und Rauschmittel	181
5.	Medikamentenkonsum und gesundheitliches Befinden	192
6.	Ernährung und Eßstörungen	201
6.1	Kollektives Diätverhalten	201
6.2	Anorexia nervosa	203
6.3	Bulimia nervosa	211
6.4	Adipositas	214
6.5	Zusammenfassung	217
VI	PARADIGMEN VON ABLÖSUNGSMUSTERN UND KÖRPERSTILEN	220
VII	EINE EMPIRISCHE ERKUNDUNG: GRUPPENDISKUSSIONEN MIT 12-19JÄHRIGEN MÄDCHEN	229
1.	Untersuchungsauftrag und -rahmen	229
2.	Zur Methodik	230
2.1	Untersuchungsansatz	230
2.2	Untersuchungsverfahren und -instrument	231
2.3	Durchführung	234
2.4	Stichprobenbeschreibung	235
2.5	Vorgehen und Ziele der Auswertung	238
3.	Risikoaffinitäten und Risikopraxis	239
3.1	Alkoholkonsum	239
3.2	Zigarettenrauchen	244
3.3	Illegale Drogen	248
3.4	Medikamentenkonsum und Selbstmedikation	252
3.5	Ernährungsverhalten und -gewohnheiten	257
3.6	Risikobereitschaft	260
4.	Gesundheitskonzepte und Körpererfahrung	266
4.1	Subjektives Gesundheitskonzept und Krankheitserfahrungen	266
4.2	Körperwahrnehmung und Körpererfahrung	272

5.	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	278
5.1	Methodische Vorbemerkung	278
5.2	Risikoaffinitäten von Mädchen unter ent- wicklungsspezifischer und soziokultureller Perspektive	279
5.3	Gesundheitskonzepte und Umgang mit dem Körper in der Mädchensozialisation unter Berücksichtigung sozialer Rahmenbedingungen	285
6.	Dokumentation: Zwei exemplarische (Gesundheits-) Biographien	289
6.1	Vorbemerkung	289
6.2	Katrin, Gymnasiastin, 15 Jahre	290
6.3	Anna, Friseurlehrling, 18 Jahre	294
7.	Anhang	299
7.1	Gesprächsleitfaden für Gruppendiskussionen	299
7.2	Datenblatt	303
VIII	ZUR PROBLEMATIK MÄDCHENSPEZIFISCHER PRÄVENTION: KRITISCHE BESTANDSAUFNAHME UND AUSBLICK	304
1.	Bestandsaufnahme I: Die Vielfalt verschiedener verhaltensspezifischer Präventionsansätze	304
1.1	Forschungspraktische Vorbemerkung	304
1.2	Alkoholprävention	306
1.3	Prävention des Zigarettenrauchens	309
1.4	Prävention im Bereich illegaler Drogen	312
1.5	Prävention im Bereich des Medikamentenkonsums	314
1.6	Prävention im Bereich des Ernährungsverhaltens	316
1.7	Zusammenfassung	319
2.	Bestandsaufnahme II: Verhaltens- und geschlechts- spezifische Prävention	321
3.	Gesundheitsförderung für Mädchen	326
3.1	Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung	326
3.2	Erfahrungen mit und Akzeptanz von gesundheits- licher Aufklärung und präventiven Angeboten auf Seiten von Mädchen	332
3.3	Praktische Umsetzung: Selbsthilfe- und Mädchengruppen als Ansatzpunkte	336

IX ANMERKUNGEN 346

X LITERATURVERZEICHNIS 348

TABELLENBAND

I EINLEITUNG: UNSICHTBARKEIT UND AUSGRENZUNG DES WEIBLICHEN IN GESUNDHEITS- UND JUGENDFORSCHUNG

Seit Mitte des vergangenen Jahrzehnts wird in der Gesundheitserziehung und Prävention verstärkt auf die Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Bestandsaufnahmen und Praxisansätze hingewiesen. In neueren sozialwissenschaftlichen und sozialepidemiologischen Konzepten wird in diesem Zusammenhang besonders die gesundheitsrelevante Bedeutung von "Lebenslagen" (DEUTSCHES JUGENDINSTITUT 1982) bzw. "psychosozialen Netzwerken" (BADURA 1983) hervorgehoben. Auch Expertengruppen im Umfeld der Weltgesundheitsorganisation WHO betonen, daß eine erfolgversprechende Prävention der wichtigsten Gesundheitsrisiken nur durch gezielte Ansprache und Aktivierung einzelner Bevölkerungsgruppen zu erzielen sei: unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Lebensbedingungen und Lebenslagen (WHO-EURO 1983; WHO STUDY GROUP 1986).

Auf diesem Hintergrund besteht vor allem ein grundlegender Bedarf nach geschlechtsspezifischen (Gesundheits-)Konzepten und Untersuchungsergebnissen. Mädchen und Frauen sind in der vorliegenden Forschung jedoch nur in Ausnahmefällen als eigenständige Subjekte vertreten. Ihre spezifischen Erfahrungen, Orientierungen und Problemstellungen verschwinden in der Regel hinter statistischen bzw. inhaltlich neutral formulierten Sammelkategorien - so lautet das ernüchternde Fazit im 1984 veröffentlichten 6. JUGENDBERICHT der Bundesregierung, dem sog. "Mädchenbericht" (a.a.O., 226). Speziell Mädchen bleiben in der Jugenddebatte bis zum heutigen Tage regelrecht "unsichtbar" (BRAKE 1981, 138), weil sie aus dem Aufmerksamkeitsraster gängiger sozialwissenschaftlicher bzw. epidemiologisch - präventivmedizinischer Beschreibungs- und Erklärungsansätze herausfallen.

Zusätzlich zu dieser Tendenz, eigenständige weibliche Entwicklungsmomente weitgehend zu übersehen und damit auch zu

marginalisieren, ist eine zweite Spielart von Androzentrismus zu registrieren: Die Ausgrenzung des Weiblichen bzw. dessen "diskursive Verdrängung" (MÜHLEN-ACHS 1986, OSTNER 1986) im Rückgriff auf biologische bzw. sozial begründete Phänomene, die ein Gefährdungs- und Abweichungspotential als scheinbar präformiert vorgeben. Wir werden diese Tendenzen mit Schwerpunkt auf die Entwicklungs herausforderungen und -probleme im Jugendalter in dieser Einleitung dokumentieren. Sie bilden, einander z.T. überschneidend und potenzierend, den Unterbau eines immer noch vorhandenen, schwerwiegenden Defizits an mädchen- und frauenbezogenen Wissensbeständen: nicht zuletzt im Gesundheitsbereich.

Im Rahmen ihrer kritischen Auseinandersetzung mit der herkömmlichen Entwicklungspsychologie kommt GILLIGAN (1982) zum Schluß, daß die Gruppe der Frauen wiederholt aus Untersuchungen der Psychologie ausgeschlossen und bei ihren Theoriebildungen weitgehend vernachlässigt worden ist. GILLIGAN führte eine Studie über den Zusammenhang zwischen Moral und Handeln bei moralischen Konflikten durch, wobei in der Auswertung einer Stichprobe von Frauen auffiel, daß deren Urteile nicht mit den psychologischen Auffassungen von menschlicher Identifikation und moralischer Entwicklung übereinstimmten. Die Diskrepanz zwischen den Erfahrungen von Frauen und Standardkonzepten von Entwicklung wurde bisher jedoch "in der gesamten psychologischen Literatur ... im allgemeinen als Entwicklungsproblem der Frauen interpretiert" (a.a.O., 9). GILLIGAN setzte als These dagegen, daß die Ausprägung und Stabilisierung weiblicher Identität(en) nicht angemessen mit den üblichen Modellen menschlichen Wachstums abzubilden sei: deren vorgebliche Geschlechtsneutralität kassiere nur eine einschneidende Beschränktheit in der Wahrnehmung weiblicher Lebenswirklichkeiten^{*)}.

Bei der Betrachtung pädagogischer und präventiver Ansätze bzw. Dokumentationen zu i.w.S. gesundheitsrelevanten Aspekten und Problemen jugendlicher Entwicklung fällt ebenfalls

eine deutliche Vernachlässigung der Mädchen ins Auge. Für die gesamte Jugendhilfe mußte der 6. JUGENDBERICHT bilanzieren, daß "die geschlechtsspezifischen Bedürfnisse von Mädchen - von wenigen Ausnahmen abgesehen - unter ... Sammelkategorien verschwinden, weil sie nicht erkannt oder vergessen werden. So reichen diese statistischen Daten als aussagefähige Basis für die Auswahl von erfolgversprechenden Ansätzen zur Unterstützung von Mädchen nicht aus" (1984, 220).

Diese Einschätzung läßt sich ohne Einschränkungen auch auf den Bereich der jugendbezogenen Gesundheitsforschung und -erziehung übertragen. Anscheinend neutrale Kennzeichnungen der Altersgruppe (maßgeblich die Begrifflichkeit des "Jugendlichen" oder "Adoleszenten") verstellen den Blick auf geschlechtsspezifische Besonderheiten der Entwicklung. Gesundheitsbedürfnisse oder -gefährdungen werden (mit Ausnahme der Sexualität, s.u.) zwar durch umfangreiche statistische Zahlenwerke erläutert, nicht aber in ihrer entwicklungsbedingt unterschiedlichen Verarbeitung und Bewältigung von Mädchen im Unterschied zu Jungen entfaltet. Dies gilt für "reine" Dokumentationen zur kindlichen und jugendlichen Morbidität und Mortalität (vgl. exemplarisch: BUNDESTAGS-DRUCKSACHE 10/3374, 1985; ALLHOFF/LAASER/RENNEN-ALLHOFF 1985/86) in gleichem Maße wie für Datenreports mit abgeleiteten präventiven Empfehlungen (exemplarisch: WHO EXPERT

*) In neueren Ansätzen der Entwicklungspsychologie werden, im Rahmen des sog. Entwicklungsaufgabenkonzeptes, geschlechtsspezifische Differenzen im Verlauf der Sozialisation durchaus registriert (vgl. v.a. DREHER/DREHER 1985 a,b). Auch diese Arbeiten und die dahinterstehenden Konzepte weisen jedoch nur eine oberflächlich-deskriptive, im Erklärungsanspruch immer noch unzureichende Sensibilität für spezifisch weibliche Entwicklungs herausforderungen und deren Verarbeitung auf (vgl. dazu unsere Ausführungen im Abschnitt V.1).

COMMITTEE 1977, 1986; WHO-EURO WORKING-GROUP 1978; EISEN 1984).

Mitte des vergangenen Jahrzehnts kennzeichnete der Senior der deutschsprachigen Jugendsoziologie, ROSENMAYR, Arbeiten über die weibliche Jugend als "besondere Desiderata" (1976, 271). Daran, daß Jugendsoziologie vorrangig eine "Jungensoziologie" war und ist (OSTNER 1986) hat sich bis heute nur wenig geändert. KRÜGER mußte für den gesamten Bereich noch vor kurzem das folgende Fazit ziehen: "In Statistiken und Programmen, Konzeptionsentwürfen und Jugendstudien finden sich Mädchen in der Regel - scheinbar geschlechtsneutral - unter Jugendliche, Kinder, Drogenabhängige, Lehrstellensuchende usw. subsumiert. Das Verzerrende der Begriffe zeigt sich erst bei genauerem Hinsehen: Obwohl sich vieles für Mädchen anders darstellt, sieht der Forscher- und Praktikerblick, in seinem Aufmerksamkeitsraster an männlichen Jugendphänomenen orientiert, Mädchen überwiegend im Raum männlicher Territorien ... - und gestattet ihnen sozusagen kein 'Eigenleben', bestenfalls einen Exkurs" (1985, 479).

Gleichsinnig fallen die Schlußfolgerungen aus, die ein Autorenteam des DEUTSCHEN JUGENDINSTITUTS zum Stand der in Soziologen- und Pädagogenkreisen Anfang der 80er Jahre heftig geführten "Jugenddebatte" zog. Über weite Strecken wurde dabei nur höchst allgemein über Jugend gesprochen und ihr Alltag kommentiert: "Mädchen und junge Frauen, deren Situation und deren Probleme werden - wenn überhaupt - nur am Rande thematisiert" (1982, 141). Die Schwierigkeiten der gegenwärtigen Jugendforschung, sich von der gewohnten und gewöhnlichen Nichtbeachtung der anderen Hälfte der Jugend zu lösen, hat OSTNER unlängst auf den Punkt gebracht: "Niemand schließt heute Mädchen ausdrücklich aus der Kategorie der 'Jugendlichen' aus. Damit ist allerdings nicht gesagt, daß Mädchen in den Kategorien 'Jugend' und 'Jugendliche' mitgedacht sind" (1986, 353).

Ein erster wissenschaftlicher Bereich, in dem diese Verdrängung des Weiblichen auch selbstkritisch aufgearbeitet wird, ist der (vorwiegend von englischen Forschern begründete) kultursoziologische Zugang zur Alltagspraxis Jugendlicher. BRAKE widmet in seinem 1981 erschienenen Standardwerk zur Soziologie der jugendlichen Subkulturen dieser Problematik ein gesondertes Kapitel mit dem Titel: "Das unsichtbare Mädchen". Im Großteil sozialwissenschaftlicher Befassung mit Jugendkulturen und -subkulturen, resümiert der Autor in diesem Zusammenhang, "kommen die Mädchen entweder gar nicht vor, spielen nur eine periphere Rolle oder sind stereotyp dargestellt. Die Geschichte der Soziologie der Abweichung ist, soweit es Frauen und Mädchen betrifft, eine Geschichte der unkritischen Übernahme von Allgemeinplätzen über die 'Natur' der Frauen in der Art: die Anatomie ist halt Schicksal! ... In der Regel konstituiert sich die individuelle Identifikation über Altersgruppe, Berufs- und Geschlechterrolle, Klassen- und ethnische Zugehörigkeit. Von all diesen Fakten wird die Relevanz der Geschlechterrolle mit schöner Regelmäßigkeit übersehen" (a.a.O., 138).

Als Hintergrund für diese Verkennungen und Verzerrungen in der herkömmlichen Jugendforschung haben DORN/SOUTH (1983) eine Wissenschafts- und Alltagsperspektive ausgemacht, die in der männlich dominierten Tradition des gesellschaftlichen Diskurses über Arbeit und geschlechtsspezifische Arbeitsteilung gründet: wissenschaftliche Modellbildungen sind somit auch (nur) ein Spiegel des Sexismus, der alle Sektoren der Gesellschaft durchzieht und die traditionelle Rolle von Frauen im Produktions- und Reproduktionsbereich fest schreibt. Die Autoren bewerten die sozialwissenschaftliche Jugendforschung von den 60ern bis zum Beginn der 80er Jahre daher als "enterprise of male dominated tradition, as heavily reliant upon conceptions of boys' relations to the labour market and to the market in consumer goods, and as premised upon a silence about those forms of labour that are not directly, publicly, and formally related to these markets"

(a.a.O., 35). Ähnlich wie OSTNER spitzen DORN und SOUTH die Doppelbödigkeit der vorgeblichen Geschlechtsneutralität in den vorliegenden Modellbildungen zu: "It is not simply that girls are absent from the discourse. They are often present, albeit in non-speaking roles, as objects of possession, and also as objects of fear and loathing" (a.a.O., 21).

Im letzten Zitat kam bereits zur Sprache, daß der gewöhnlichen Verdrängung der Kategorie Geschlecht mit Hilfe von Sammelbegriffen eine, allerdings nur ausgewählten Entwicklungsschwerpunkten vorbehaltene Ausgrenzung des Weiblichen zur Seite steht: in Form von Problemetikettierungen oder Angst- bzw. Schuldzuweisungen. DORN/SOUTH halten der Jugendforschung vor allem ihre Berührungängste gegenüber jugendlicher Sexualität vor, ihre "suspicious avoidance of sex" (a.a.O., 37 - Hervorhebung von uns). Jugend- und Kulturstudien sind bei dieser Fragestellung (wie schon in der Analyse der geschlechtsspezifisch ungleich verteilten Passungs- und Plazierungschancen in Produktion und Reproduktion) auffällig schweigsam. Das liegt zweifellos darin begründet, daß "das herrschende Verständnis von Jugend eine Öffentlichkeit meint und voraussetzt, die den Mädchen nicht zugestanden wird und/oder die die Mädchen aus gutem Grund meiden. 'Auf die Straße gehen', ist für die Mädchen anders als für Jungen (immer noch) doppeldeutig" (OSTNER 1986, 361).

Weibliche Jugendliche werden nur dann gesondert thematisiert, wenn es um eine ihnen zugeschriebene "Mädchenproblematik" geht; diese kreist ausschließlich um ihre Körperlichkeit, wobei speziell auf die "gefährliche" Sexualität und potentielle Fruchtbarkeit abgehoben wird. Die Menarche, Menstruationserfahrungen, Intimität und (mögliche) Schwangerschaften von Mädchen werden in der Jugend-Gesundheitsforschung entweder ausgespart oder umstandslos zu Problem- und Gefährdungsmomenten erklärt: "Der Zwang, selbst und individuell mit der Widerspüchlichkeit gesellschaftlicher Zuschreibungen dem weiblichen Körper gegenüber zurechtzukom-

men, entläßt Mädchen in Schwierigkeiten, die auch öffentlich nur dann thematisiert werden, wenn Mädchen diese Gratwanderung nicht gelingt. Dem Nicht-Reflektieren entspricht das Mißverständnis, die Körperlichkeit von Mädchen vor allem unter dem Gesichtspunkt der 'Gefahrenquelle Sexualität' zu sehen" (KRÜGER 1985, 480).

Der weibliche Körper, zudem in der Entwicklung, ist somit vielfältigen Zuschreibungen anheimgegeben: er ist "verdeckt, versteckt, zur Schau gestellt" (ebda.); all dies jedoch für die Beteiligten selbst widersprüchlich und verunsichernd. Auch dieser Ausgrenzung des Weiblichen durch die Stigmatisierung von Frauenkörper und -sexualität als "Gefahrenquellen" steht ein wissenschaftliches Fundament zu Diensten: Die Konstruktion einer entwicklungsbedingten besonderen "Vulnerabilität" von Mädchen für Problemverhalten. In diesem Begriff kristallisiert sich ein psychologisches Paradigma, nach dem die Adoleszenz - primär beim Einsetzen der Pubertät um das und nach dem 10./12. Lebensjahr - als "eine Zeit besonderer Störbarkeit, die besondere Gefahren für die Entstehung von Problemverhalten birgt" (SILBEREISEN 1986, 41) anzusehen sein soll - hauptsächlich bei Mädchen, wohlgemerkt.

Ihnen wird dabei die Fähigkeit zur Selbstregulation nur eingeschränkt zugestanden bzw. kurzerhand abgesprochen, da sie aufgrund "biologisch determinierter Einflüsse" (ebda.) eine erhöhte Anfälligkeit für Fehlanpassungen oder soziale Devianz aufweisen sollen. Dies ist eine Etikettierung, die bei männlichen Jugendlichen derart durchgreifend nicht vorgenommen wird - wir erinnern an BRAKES Klage über das jugendforscherische Stereotyp, weibliche Anatomie sei "halt Schicksal" (s.o.). SILBEREISEN referiert entsprechende Untersuchungen, deren Ergebnisdarstellung und -interpretation einen kaum verhüllten Einblick in die hier vorgenommenen Ausgrenzungsversuche durch quasi-objektive, weil "biologisch" begründete Stigmatisierung weiblicher Entwicklung bietet: "Magnusson/Stattin/Allen (1985) untersuchten Zusammenhänge

zwischen dem Alter beim Eintritt der Menarche, das weitgehend genetisch festgelegt ist, und verschiedenen Problemverhaltensweisen, wie Trebegang und Drogengebrauch. Je früher die Geschlechtsreife eintrat, desto höher lagen die späteren Gebrauchsraten von Haschisch zur Mitte des Jugendalters. Da dies v.a. für jene Mädchen galt, die Bekanntschaften mit Älteren hatten, liegt zunächst eine Interpretation nahe, die den Anlaß in sozialer Einflußnahme sieht. Früh entwickelte Mädchen ziehen ihres Aussehens wegen die Aufmerksamkeit ihrer späteren Freunde auf sich, die, ihrem höheren Alter entsprechend, schon eher Haschisch gebrauchen" (1986, 42).

Die jüngeren Entwicklungspsychologen räumen zwar ein, daß die sog. Vulnerabilität mit geschlechtstypischen soziokulturellen Erwartungen in Verbindung gebracht werden müsse. Eine tiefsitzende Abweichungs- und Fehlanpassungsperspektive auf weibliche Entwicklung bricht in der Diskussion um diesen Sachverhalt allerdings immer wieder durch - spätestens dann, wenn es um die Illustration solcher Fehlanpassungen geht, wie die im folgenden Zitat enthüllte "leichte" Vorstellbarkeit krankheitsprovozierender Mädchenreaktionen preisgibt: "Es sind also die Mädchen selbst, die von sich aus das ihnen richtig erscheinende unternehmen, um ihr Entwicklungsproblem zu lösen. Sie versuchen, die in der Passung zwischen körperlicher Entwicklung und Entwicklungsorientierung aufgetretene Störung dort zu regulieren, wo sie über Kontrolle verfügen, nämlich im Verhalten gegenüber der Umwelt. Schädlichere Bewältigungsversuche sind leicht vorstellbar: man denke nur an die pubertäre Magersucht" (SILBEREISEN, ebda.).

Die Diskussion um die sog. Vulnerabilität - ein Pendant existiert in der soziologisch-pädagogischen Jugendforschung in Form der hier postulierten "historisch neuen Bedrängnis" einer "Lebenlage Mädchen" (DEUTSCHES JUGENDINSTITUT 1982, 130) - belegt für uns exemplarisch die Grundtendenz herkömmlicher Jugendforschung, trotz verbaler Anerkennung sozialer und

kultureller Rahmensetzungen sich letztlich hinter einer vor-
geblich unbeeinflußbaren Biologie zu verstecken, und damit
das Mädchensein bzw. Frauwerden zum latent abweichenden
Handlungs- und Orientierungsmuster werden zu lassen. Die Ju-
gendforscher präformieren ihr Forschungsobjekt durch die üb-
liche sexistische Betrachtungsweise: ihre allgemeinen Kate-
gorien sind auf die Welt von Jungen zugeschnitten und werden
auf Mädchen unpassend übertragen, so daß diese konsequen-
terweise als marginal und/oder defizitär erscheinen. Greifen
bei bestimmten weiblichen Entwicklungsphänomenen die ver-
zerrenden Sammelkategorien nicht ausreichend, erhalten jene
darüber hinaus den Status von Abweichungen, Miß-Passungen
oder Fehlbewältigungen. Der Kreis wird geschlossen: Adoles-
zenz und Jugend, ob als Entwicklungsphase oder Umschreibung
von Gesellungsformen und Gestaltungsversuchen, bleiben männ-
liche (Forscher-)Domäne.

In ihrer ideologiekritischen Bestandsaufnahme zur Jugendso-
ziologie hat OSTNER (1986) den Anspruch begründet, es könne
nun nicht länger bei der anklagenden Feststellung bleiben,
Jugendforschung sei Jungenforschung, und Mädchen bliebe nur
das Stigma der Nichtexistenz. Notwendig sei vielmehr eine
"kritische Anknüpfung an und Dekonstruktion von Jugendtheo-
rien" (a.a.O., 353 - Hervorhebung von uns). OSTNER erhebt
dabei die Forderung, die "Nichtexistenz als doppelte zu be-
schreiben und zu erklären: daß Frauen entweder nicht oder
als Funktion des Mannes (als soziale Kategorie) existieren,
und den Anteil der Frauen an dieser doppelten Ausgrenzung zu
bestimmen" (a.a.O., 368).

Die Integration der Mädchen in die Jugendforschung bedarf
somit einer veränderten Perspektive in dieser Disziplin,
konkret: einer Revision des Adoleszenzkonzeptes. Um dieses
zu erreichen, plädiert OSTNER als erstes für eine "quere"
Durchschau, ein "Gegen-den-Strich-Lesen" der vorliegenden
Jugendforschung. Genau dieser Aufgabe wollen wir uns in den
nachfolgenden Kapiteln stellen - mit Blick auf die gesund-

heitsbezogenen Orientierungen, Handlungsmuster und auch Risiken von Mädchen im Verlauf der Adoleszenz.

Unser Vorhaben mit dem Betreten von Neuland zu vergleichen, wäre euphemistisch: zunächst gibt es keinen Boden unter den Füßen. Weder gibt es empirische Untersuchungen, die das Gesundheitsverhalten von Mädchen (oder nur die Erhebung der geschlechtsspezifischen Problemlagen in diesem Bereich) zum Thema machen, noch gibt es eine Theorie oder ein Paradigma, die es uns erlauben würden, vorhandene Datensplitter zu einem Bild zu organisieren. Der vorliegende Bericht spiegelt somit den Prozeß der Annäherung an die Wirklichkeit(en) von Mädchen und gleichzeitig die Arbeit an einem Ansatz an der Gesundheitsforschung, der angemessen ist für eine Interpretation des Verhaltens beider Geschlechter. Immer wieder ist durch den Einbezug unkonventioneller (im Sinne der traditionellen Gesundheitsforschung) Daten und Interpretationen der Erklärungsrahmen aufzusprengen: solange, bis sich eine Perspektive herausbildet, die den Ort von Mädchen heute ebenso wie den Ort der beschreibenden Wissenschaft freigibt.

Epidemiologie (Kapitel II): In einem ersten Schritt stellen wir alle verfügbaren Daten der traditionellen Gesundheitsforschung zu einer Dokumentation Mädchenspezifischer Verhaltensmuster zusammen. Hier ging es bisher meist um die Auflistung und Gegenüberstellung eines "Mehr" bzw. "Weniger" beim Konsum von Alkohol, Nikotin, illegalen Drogen oder Medikamenten. Im Sinne des von uns intendierten "Gegen-den-Strich-lesen" vorliegender Daten und Konzepte (s.o.) bekommen allerdings derzeit nicht weiter interpretierte, nach Geschlecht aufschlüsselnde Tabellen eine neue Aussagekraft; bislang unbeachtet gebliebene Randbemerkungen erhalten eine größere Relevanz.

Aber nicht nur das veränderte Untersuchungsinteresse an Mädchen sprengt den gewohnten (Daten-)Rahmen, sondern auch der Einbezug des Ernährungsverhaltens - exemplarisch für einen mädchenrelevanten gesundheitsbezogenen Verhaltensbereich -, und weiterhin unser Interesse an "normalen", mäßigen Konsummustern anstelle einer Fixierung auf Mißbräuche und drohende Abhängigkeiten. In diesem Kapitel schält sich ein Bild von nicht nur quantitativ, sondern vor allem qualitativ unterschiedlichem Gesundheits- und Risikoverhalten bei Mädchen im Vergleich zu Jungen heraus.

Geschlechtsunspezifische Erklärungsansätze (Kapitel III):
Für alle einbezogenen Bereiche (also den Konsum von Alkohol, Nikotin, illegalen Drogen, Medikamenten sowie die Ernährung) liegen eine Reihe von Erklärungsmodellen vor, die geschlechtsunspezifische Gültigkeit beanspruchen - ohne allerdings auf geschlechtsgebundene Besonderheiten abzuheben. Dabei werden die Herkunft aus zerrütteten Verhältnissen, Verhaltensübernahmen von Eltern und problematische Erziehungsstile bzw. familiäre Interaktionen angeführt; auch Anpassungsdruck an Gleichaltrige oder ausgewählte Persönlichkeitszüge werden herangezogen - bis hin zur Bewertung einzelner Risikomuster als sog. Bewältigungshandeln.

Die Diskussion der einzelnen Modelle - gestützt wiederum auf empirische Daten über statistische Zusammenhänge, (wo möglich) nach Geschlecht unterschieden - unter geschlechtsspezifischem Aspekt enthüllt jedoch ihre "blinden Flecken": unangemessene Verallgemeinerungen von jungen- auf jugendspezifisches Verhalten, die Nivellierung von bei Mädchen und Jungen gegenläufigen Tendenzen im Rahmen scheinbar neutraler Sammelbegriffe/Zusammenfassungen oder die Vernachlässigung von Entwicklungsphänomenen, die eine eigenständige Bedeutung für Mädchen aufweisen. Gleichzeitig zeichnet sich ab, welche Ansätze virtuell eine Erklärungsrelevanz für das Handeln weiblicher Jugendlicher besitzen können: jene, die offen ge-

nug sind für eine mögliche Einbeziehung der mädchenbezogenen Besonderheiten.

Die kritische Revision der Erklärungsmodelle führt uns zum Abschluß des des Kapitels III zu dem (immer noch immanent, d.h. geschlechtsunspezifisch formulierten) Konstrukt der Entwicklungsaufgaben, das u. E. geeignet ist, sowohl jugendspezifische Prozesse abzubilden als auch eine Folie für die Diskussion bereitstellen könnte, wie diese Entwicklungsprozesse für Mädchen aussehen und welchen Stellenwert sie in der weiblichen Entwicklung einnehmen.

Mädchenspezifische Entwicklungsaufgaben (Kapitel IV): Das Konzept der Entwicklungsaufgaben erhebt den Anspruch universeller Gültigkeit. Konfrontiert mit Ergebnissen der Forschung zur weiblichen Sozialisation, wie wir sie in diesem Abschnitt zusammentragen, werden aber die Begrenztheit und der latente "männliche Blick" auch dieses Ansatzes deutlich (speziell in der Isolierung, Abgrenzung und linearen Aufreihung der erforschten Entwicklungsaufgaben). Lenken wir die Aufmerksamkeit dagegen auf mädchenstpezifische Entwicklungsaufgaben (vor allem im Kontext mädchenstpezifischer Ablösungsprozesse), ergeben sich eine Reihe von Fragen, die als Grundlage einer umfassenden Re-Interpretation der Daten zum gesundheitsbezogenen Verhalten dienen können.

Dabei spielen erneut die Kategorien Sexualität und Körper eine bedeutsame Rolle: diesmal jedoch nicht als biologisch gewendete "Naturprozesse", sondern als zentrale Felder der Ablösungsproblematik. Aufgrund gesellschaftlicher Zuschreibungen ist die "frühe, freie" sexuelle Erfahrung von Mädchen wesentlicher Brennpunkt rebellischer Verselbständigung. Der Körper andererseits ist nicht nur Bewältigungsaufgabe, sondern auch Bewältigungsort; er ist nicht der abgrenzbare Arbeitskörper wie bei Jungen, sondern zentraler Aspekt des Selbst.

Rekonstruktion: Gesundheitsverhalten im Rahmen weiblicher Ablösungsprozesse (Kapitel V): Dieses Kapitel macht die Logik des Verhaltens von Mädchen in den beschriebenen Bereichen auf dem Hintergrund ihrer Situation deutlich. Es wird erklärbar als je verschiedene Variation (abhängig von spezifischen Bedingungen) Mädchenspezifischer Ablösungsmodi, als ausweichende Reaktion für gescheiterte bzw. behinderte Entwicklungsprozesse oder als Begleiter der Versuche, weibliche Identität(en) und Ambivalenzen stets neu auszubalancieren.

Paradigmen von Körperstilen (Kapitel VI): An dieser Stelle wird die Wissenschaftskritik noch einmal zentriert. Im Lauf der Arbeit hat sich eine idealtypische Polarität herauskristallisiert: ein männlicher und ein weiblicher Ablösungsmodus mit jeweils verschiedenen Problematiken und Bewältigungsansätzen. Das männliche Muster befindet sich im klassischen Bild des sozial benachteiligten, aggressiv-aufsässigen Alkoholgefährdeten wieder, das weibliche in der sozial gutgestellten, angepaßten Pubertätsmagersüchtigen.

Diese Polarität wiederholt sich (mit den zugehörigen Klischees von Männlichkeit und Weiblichkeit) auf der Ebene wissenschaftlicher Beschreibungen: im Gegensatzpaar eines "jugendsoziologischen", subkulturell orientierten Blicks vs. einer "psychiatrischen" Perspektive auf jugendliche Entwicklung. Indem der psychiatrische Blick für den Extrempol des weiblichen Verhaltens reserviert bleibt, wiederholt sich die Marginalisierung von Mädchen, wie sie unter dem Primat des Männlichen auf der Ebene des alltäglichen Umgangs stattfindet. In der Reservierung des jugendsoziologischen Blicks steckt dagegen die implizite Akzeptanz des männlichen Verhaltens als kulturell abgesichertem Phänomen. Am Ende dieser Überlegung steht die Forderung nach einem übergreifenden Paradigma für beide Geschlechter und eine Reihe offener Fragen für die weitere Forschung - diese allerdings sind präzise gestellt.

Eine empirische Erkundung: Gruppendiskussionen mit 12-19jährigen Mädchen (Kapitel VII): Auf diesem Hintergrund einer versuchten "De- und Rekonstruktion" gängiger Jugendtheorien und Forschungsergebnisse haben wir eine qualitative Erkundungsstudie zu den Gesundheitskonzepten und Risikoaffinitäten (in Form von 6 Gruppendiskussionen) durchgeführt. Die Auswertung vertieft den Eindruck der Notwendigkeit, mit neuen Ansätzen und gezielten empirischen Erhebungen die nicht nur quantitativen, vielmehr qualitativen Differenzen in den Handlungsorientierungen der Geschlechter aufzudecken.

Prävention und Gesundheitsförderung bei Mädchen (Kapitel VIII): Nicht nur die konzeptionellen Vorarbeiten sondern auch die, selbstverständlich nicht ohne methodische Vorbehalte übertragbaren, Ergebnisse der Gruppendiskussionen enthüllen grundlegende Defizite der Prävention bei der Zielgruppe Mädchen. Die klassischen schadens- und gefährdungsfixierten Aufklärungs- und Erziehungsversuche zum Risikoverhalten haben für alle Jugendliche - also auch für Mädchen - an verhaltensleitender Bedeutung verloren. Bereiche jedoch, in denen spezifisch weibliche Entwicklungsherausforderungen und -probleme bestehen und Unterstützung/Aktivierung durchaus auf die Akzeptanz von Mädchen trafe (nämlich: Ablösung, Körperlichkeit, Sexualität und Intimität) werden im Präventionsbereich entweder ausgeblendet, marginalisiert oder als "Gefahrenherde" stigmatisiert.

Die "blinden Flecken" der Jugendtheorien finden ihre Entsprechung in den "schwarzen Flecken" der Prävention: Mädchenspezifische Gesundheitsförderung ist quasi nicht-existent. Auf diesem Hintergrund skizzieren wir abschließend einen möglichen Bezugsrahmen für die Entwicklung mädchenbezogener Zugänge und Praxisansätze.

Tabellenanhang: In einem gesonderten Anhang dokumentieren wir das von uns herangezogene tabellarische Datenmaterial.

II EPIDEMIOLOGIE

1. EINLEITUNG

Die folgenden Abschnitte sammeln alle jene Daten, die zu verschiedenen Aspekten mädchenspezifischen Gesundheitsverhaltens vorliegen. Das klingt sehr einfach, birgt aber verschiedene Probleme, von denen die Magerkeit der Datenbasis, die häufige Vernachlässigung der Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei Erhebung/Auswertung der empirischen Untersuchungen noch nicht einmal die gravierendsten sind. Bedeutsamer ist, daß die Aufmerksamkeit der Jugendgesundheitsforschung fast ausschließlich eingefangen ist von dem traditionellen Drogen-Quartett Alkohol/Nikotin/illegale Drogen/Medikamente. Weiterhin ist bedeutsam, daß ein Vergleich zwischen den Geschlechtern dort, wo die referierten Daten ihn zulassen, sich zumeist auf der rein quantitativen Ebene eines "Mehr" oder "Weniger" bewegen, als würde es reichen, Fragen zu stellen wie "Sind Mädchen kränker als Jungen?" oder "Trinken/rauchen sie mehr oder weniger?", um ihre besonderen Muster herauszufinden.

Diese beiden Arten, Forschung vor- und aufzubereiten - die Einschränkung der Aufmerksamkeit auf bestimmte Verhaltensaspekte und die rein quantitative Vergleichsebene -, tragen wesentlich zur "Unsichtbarkeit der Mädchen" bei, denn sie vernachlässigen jeweils jenen Punkt, von dem aus mädchenspezifisches Verhalten erst erfaßbar ist: Die differente Einbindung gesundheitsbezogenen Verhaltens in den geschlechtsspezifisch geprägten Alltag. Dazu ist es nötig, sich zu vergegenwärtigen, daß für Gesundheitsverhalten von Mädchen wesentlich andere Bereiche von Bedeutung sind als die genannten Sektoren, und daß es sich angesichts der qualitativ verschiedenen Strukturen der Alltagspraxen der Geschlechter nicht nur um eine quantitative Differenzierung handeln kann.

Die erste dieser Überlegungen hat dazu geführt, daß wir den Bereich der aufbereiteten Daten auch auf Erhebungen zum Ernährungsverhalten ausgedehnt haben. Aber warum nicht auch Kaffetrinken, Sport oder Hygiene einbeziehen? Zum einen ist es nötig, die traditionellen Bereiche Alkohol/Nikotin/ilegale Drogen/Medikamente aufzugreifen, nicht nur weil hier viele Daten vorliegen, sondern auch weil in der Klärung der Frage, warum hier Mädchen unsichtbar bleiben (müssen) ein Stück Wissenschaftskritik an der traditionellen Jugendgesundheitsforschung erarbeitet werden muß. Darüberhinaus hat die Einbeziehung des Ernährungsbereichs - für den ebenfalls vergleichsweise viel Material vorliegt, das aber bezeichnenderweise völlig anders strukturiert ist als das Material der gängigen Erhebungen - den Sinn, exemplarisch die Notwendigkeit eines umfassenderen Ansatzes oder eines übergreifenden Paradigmas belegen, unter das subsumiert die Bereiche Alkoholkonsum ebenso wie Ernährung etc. spezifisch für Mädchen erklärbar werden. Welche Verhaltensbereiche ansonsten noch von Relevanz und sinnvoll zu erheben sind, soll erst nach der Präzisierung dieses möglichen Paradigmas entschieden werden.

Die zweite unserer Überlegungen beinhaltet, daß wir bei der Zusammenstellung der Daten jenseits eines "Mehr" oder "Weniger" versuchen, möglichst viele Details des Verhaltens aufzugreifen und Verhaltenssettings ebenso wie biographische Konsumverläufe etc. geschlechtsspezifisch zu belegen.

2. MORTALITÄT UND MORBIDITÄT

2.1 Mortalität

Die Mortalitätsrate Jugendlicher - generell niedriger liegend als die anderer Altersgruppen - weist eine wesentlich höhere Gefährdung von Jungen als von Mädchen nach: Sie lag 1982 bei Jungen im Alter von 10 bis 20 Jahre mit 72,2 pro Hunderttausend fast doppelt so hoch wie die der Mädchen (32,3 pro Hunderttausend; vgl. Tab. 1). Mädchen haben in allen Altersstufen eine höhere Lebenserwartung als Jungen (vgl. Tab. 2)*).

Die unterschiedliche Höhe der Mortalitätsraten von Jungen und Mädchen wird zurückgeführt auf die Differenz bei den Todesursachen "Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen" (und innerhalb dieser Rubrik vor allem "KFZ-Unfälle") und "Selbstmord", die in der Reihenfolge der häufigsten Todesursachen bei beiden Geschlechtern an den ersten beiden Stelle stehen und die gleichzeitig fast dreimal so häufig bei Jungen wie bei Mädchen eintreten (vgl. Tab. 3). Mädchen gelten im Straßenverkehr als weniger gefährdet als Jungen: Von den bei Unfällen im Straßenverkehr getöteten Jugendlichen sind 64% (in jüngeren Altersgruppen 68%) männlich (STATISTISCHES BUNDESAMT nach v.FREYTAG-LORINGHOVEN 1985, 135; vgl. HÖRMANN 1986, 201). Auch Selbstmorde werden häufiger von Jungen als von Mädchen begangen. In der Altersgruppe der 10- bis 15jährigen sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern am krassesten; dort liegt die Zahl der Selbstmorde von Jungen 5 mal höher als die von Mädchen. An dieser Stelle müssen wir einen Blick über die Mortalitätsraten hinaus auf das zum Tode führende Verhalten werfen, denn dann zeigt sich eine Umkehrung des Geschlechterproporztes: Mädchen unternehmen wesentlich häufiger als Jungen Selbstmordversuche (vgl. Abb. 4). Während alters- und

*) Tabellen im Anhang

geschlechtsunspezifisch das zahlenmäßige Verhältnis von Selbstmorden zu Selbstmordversuchen 1:2 bis 1:10 beträgt, beträgt es bei Jungen zwischen 15 und 19 Jahren 1:11, und bei Mädchen derselben Altersgruppe 1:75 (WELZ 1980, 27). Jungen wählen "sichere" Methoden (wie Erhängen, Ersticken, Erdrosseln), während Mädchen, die sich häufiger als Jungen mit Tabletten vergiften, - so wird angenommen - Rettungsmöglichkeiten eher einkalkulieren und mit ihrem Versuch, sich das Leben zu nehmen, vor allem ein Signal setzen wollen. "Je stärker die Absicht zu sterben und je gefährlicher das bei dem Selbstmordversuch gewählte Mittel war, desto mehr geht der Anteil der Frauen zurück." (WELZ 1980, 27).

Die Diskrepanz zwischen den Geschlechtern bezogen auf die Todesursachen "Unfälle" und "Selbstmord" erklärt nun nicht allein die höhere Mortalitätsrate und die geringere Lebenserwartung von Jungen. Die höhere Mortalitätsrate zeigt sich nämlich bei den verschiedensten Todesursachen, so auch bei verschiedenen Krankheiten (Jungen haben z.B. eine höhere Krebsrate als Mädchen (vgl. Tab. 1 und 3)) und in einem Alter, in dem Jungen und Mädchen sich noch nicht einem differenten Risiko im Straßenverkehr aussetzen oder aktiv Selbstmord begehen können (die Zahl männlicher Totgeborener liegt über der weiblicher Totgeborener, dasselbe gilt für die Zahl gestorbener männlicher Säuglinge (STATISTISCHES BUNDESAMT 1985, 36; vgl. HÖRMANN 1986, 200)). Die Frage, worauf die Unterschiedlichkeit der Mortalitätsraten aber nun zurückzuführen sei, ist bislang nicht beantwortet.

2.2 Gesundheitszustand

Auch hier liegen Daten nur spärlich vor. Zusammengefasst besagen sie, daß im Alter bis zu 15 Jahren mehr Jungen als Mädchen akut krank, behindert oder verhaltensgestört sind (HÖRMANN 1986, 204f; ein besonders deutlicher Unterschied besteht in Beziehung auf die Lese-Rechtsschreibschwäche). Eine Dokumentation von Schulentlassungsuntersuchungen an

Jugendlichen zwischen 15 und 17 Jahre in Berlin ergab eine jeweils höhere Prävalenz bei Jungen bezogen auf folgenden Krankheiten: zerebrale Anfallsleiden, geistige Leistungsschwäche, Minderbegabung und Schulversagen, Sprachstörungen, Krankheiten der Augen. Bei Hautkrankheiten und Hörstörungen war das Verhältnis zwischen den Geschlechtern ausgeglichen. Mädchen haben eine höhere Prävalenz bei Skoliose und Hüftluxation; bei jener Störung, die insgesamt auch am häufigsten diagnostiziert wurde, der Fettsucht, ist die Prävalenz bei Mädchen doppelt so hoch wie bei Jungen (bei Fettsucht ist die schichtspezifische Tendenz der Zunahme mit abfallendem Bildungsniveau zu beachten; vgl. IV, 6.4). Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Betrachtung der leichten Gesundheitsstörungen (ALLHOFF/LAASER/RENNEN-ALLHOFF 1985/86, 28f; hier Tab. 5 und 6).

Während also die Prävalenz bei bestimmten Störungen bei Jungen bis 12 Jahre wesentlich höher liegt als bei Mädchen, klagen Mädchen ab dem 12. (bzw. 15.*) Lebensjahr mehr über Störungen als Jungen. Dies gilt vor allem bezogen auf jene Störungen, die als "Frauensyndrom" oder als "vegetative Dystonie" zusammengefaßt werden, wie Erschöpfung, Kopfschmerzen, Kreislaufstörungen, traurige Verstimmtheit etc.¹⁾ (Tab. 7). Ab dem 15. Lebensjahr verschiebt sich aber auch die Prävalenz anderer, organisch bedingter Erkrankungen auf die Seite der Mädchen (vgl. HÖRMANN 1986, 203, vgl. auch Abb. 9)

Die Daten von REUTER/HÖCHER (1977), die in Alterstufen bis 12 Jahre, 13 bis 14 Jahre und über 14 Jahre aufschlüsseln, zeigen, daß die Differenz in der Häufigkeit, mit der Kreislaufbeschwerden und Verdauungsstörungen sowie Blinddarmentzündungen von den Befragten angegeben wurde, über die Spanne von 12 bis 14 Jahren zunimmt. Die Zusammenstellung auffälliger Problemgruppen in ihrem Bericht umfaßt ausschließlich weibliche Schüler zwischen 12 und 13 Jahren aus

*) In der Statistik des Bundes ist Kindheit definiert als Alter von 0 bis 15 Jahre.

verschiedenen Schultypen (a.a.O., 56ff; vgl. hier Abb. 8, 9 und Tab. 10).

Die Einbeziehung der Ausbildungs- bzw. Arbeitssituation zeigt eine umgekehrte Wirkung der Berufsausbildung bzw. -tätigkeit auf weibliche als auf männliche Jugendliche: Mehr Frauen zwischen 14 und 25 Jahren, die im Beruf stehen, schätzen im Vergleich zu gleichaltrigen Studentinnen/Schülerinnen ihre Gesundheit als subjektiv schlecht ein; bei Männern fühlen sich dagegen die Berufstätigen bzw. Auszubildenden subjektiv besser (vgl. Tab. 11). Wird dabei noch nach aufgetretenen Krankheiten unterschieden, so zeigt sich ein heterogenes Bild zwischen den einzelnen Krankheiten und Einflüssen der Ausbildungssituation sowie Geschlechtseinflüssen. Gemeinsam ist den Daten aber, daß Mädchen - unabhängig von ihrer Situation - Symptome aus dem psychovegetative Kreis häufiger nennen als Jungen.

Die detaillierten Angaben der BZGA (1984, Teilband Gesundheit/Gesundheitvorsorge) belegen für verschiedene Krankheiten die höhere Prävalenz für weibliche Jugendliche in den Altersgruppen 14 bis 19 Jahre und 20 bis 29 Jahre (hier Tab. 12); besonders krass fällt der Unterschied der Nennungen bei "Unterleibsbeschwerden" aus. Bei den psychosomatischen Beschwerden ist das geschlechtsspezifische Antwortverhalten am ausgeprägtesten in den Rubriken "alle paar Wochen" und "alle paar Monate" (Tab. 13). Unseres Wissens bezieht keine Untersuchung die von Mädchen angegebenen psychosomatischen Beschwerden auf die Menstruation bzw. auf "Unterleibsbeschwerden" (vgl. V, 4).

Zusammengefaßt läßt sich sagen, daß bis zu einem Alter von 12 bis 15 Jahren der Gesundheitszustand von Jungen als problematischer gelten muß als der von Mädchen. Es zeichnet sich aber bei Mädchen bereits ab einem Alter von 14 Jahren jenes Bild ab, wie es generell für Frauen beschrieben wird:

Einerseits ist die Mortalität geringer bzw. die Lebenserwartung höher, andererseits klagen Mädchen häufiger über psychosomatische Beschwerden und sind auch von einigen organisch bedingten Krankheiten in stärkerem Maß betroffen als Jungen. Berufstätigkeit (-ausbildung) scheint einerseits einen protektiven, andererseits einen (über die damit verbundenen Belastungen) verstärkenden Einfluß auf die Störungs- und Erkrankungsanfälligkeit zu haben.

3. ALKOHOLKONSUM

3.1 Allgemeine und geschlechtsspezifische Verteilungstrends

Alkohol gilt "nach wie vor bereits im Jugendalter als die 'Droge Nr.1'" (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 6), als das "am häufigsten konsumierte Suchtmittel" (BMJFG 1983, 9) - auch wenn in der Gruppe der 14- bis 25jährigen ein deutlicher Rückgang des Alkoholkonsums seit 1973 zu verzeichnen ist. Bei allen erfragten Alkoholsorten (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen) gingen die Anteile der regelmäßigen und gelegentlichen Konsumenten zurück *) bzw. pendelten sich auf stabilem Niveau ein; der Anteil der Nichtkonsumenten stieg (vgl. Tab. 15). Neuere Daten belegen die Fortsetzung dieses Trends für Bayern bis in das Jahr 1984 (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 14).

Der Entwicklungstrend des Alkoholkonsums bei Mädchen wird häufig als "Angleichung der Konsummuster" zwischen Männern und Frauen und damit - im Sinne einer historisch stabilen

*) Die Vergleichbarkeit der Daten aus den einzelnen Untersuchungen ist eingeschränkt

- durch unterschiedliche Definitionskriterien der Gruppen "regelmäßige" und "gelegentliche Konsumenten" sowie "Abstinente";
- durch Grundpopulationen, die im Alter voneinander abweichen. Da der Alkoholkonsum mit dem Alter zunimmt, lassen sich die Prozentangaben bei den 12- bis 24jährigen nicht mit denen bei den 14- bis 25jährigen vergleichen;
- durch den unterschiedlichen Umfang dessen, was als "Alkoholika" erfaßt wird. GOLOBEK/JACOBSEN/STALLMANN (1984) verweisen z.B. darauf, daß die Vernachlässigung von Mixgetränken, die bei Jugendlichen sehr beliebt sind, verzerrte Ergebnisse zur Folge haben muß (zur Häufigkeit von Mixgetränken vgl. Tab. 14).

Nur die Untersuchungen der BZGA und die bayrische Wiederholungsstudie JUGEND FRAGT JUGEND ermöglichen Zeitreihenvergleiche aufgrund konstanter Konsum- und Altersgruppen. Im folgenden sind in den Tabellen die Grundgesamtheiten, auf die sich die Daten beziehen, ebenso angegeben wie die Definitionskriterien der Konsumentengruppen.

Veränderung - zwischen Jungen und Mädchen beschrieben. Begründet wird dies von einigen Autoren mit der generellen Zunahme des Alkoholkonsums und des Alkoholismus bei Frauen in den letzten Dekaden (NAEVE 1979, 26; FAHRENKRUG/HUBER/LEHR 1976, 4 und später revidiert: FAHRENKRUG 1980, 14; zur internationalen Diskussion vgl. VOGT 1982, 43).

Für GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN (1984) sind in ihrer Untersuchung an Berliner Schülern und Schülerinnen die "insgesamt relativ niedrigen Geschlechtsunterschiede bei den Trinkhäufigkeiten" Anlaß, sich dieser These anzuschließen (a.a.O., 67; vgl. Tab. 16). Als weiteres Indiz zur Bestätigung der These werten sie die Tatsache, daß mehr Jungen als Mädchen im Alter von 16 Jahren noch nie Alkohol getrunken hatten (a.a.O., 75; dieses Ergebnis konnte allerdings in anderen Untersuchungen weder reproduziert noch widerlegt werden, da in der Regel Total-Abstinente und seltene Konsumenten zu Nichtkonsumenten zusammengefaßt werden.).

Die prognostische Behauptung einer zunehmenden Angleichung der Konsummuster stützt sich weiterhin auf den Hinweis, daß die Differenzen der geschlechtsspezifischen Konsumanteile in den jüngeren Altersgruppen geringer ausfallen als in den älteren. Hierbei wird angenommen, das Verhalten der jüngeren Altersgruppe sei als generationsspezifisches stabil und würde somit in einigen Jahren, wenn diese heute Jüngeren in ältere Altersgruppen vorgerückt sind, in diesen dann älteren Gruppen zum Tragen kommen. Hierzu ist kritisch einzuwenden, daß bislang nicht geklärt ist, inwieweit es sich bei den Konsummustern um über Zeit stabile generationsspezifische oder um mit Lebenszeit variable altersspezifische Muster handelt.²⁾

Wenn ein Rückgang des Konsumentenanteils bei Jungen, wie er zu beobachten ist, auf ein Ansteigen des entsprechenden Anteils bei Mädchen trifft, ist eine Annäherung der

Konsummuster plausibel. Dies ist durch neuere Daten aber nicht mehr gestützt: In der bayrischen Erhebung JUGEND FRAGT JUGEND (1986) vergrößert sich aktuell die Differenz der Konsumquoten zwischen Mädchen und Jungen durch einen erst überproportionalen (1976-1980), dann angeglichenen (1980-1984) Rückgang des Konsums bei Mädchen (a.a.O., 31; vgl. Abb. 17).

V.SOER (1980) stellte bei einer Zusammenstellung empirischer Ergebnisse der 70er Jahre fest, daß "hinsichtlich der schichtspezifischen Verteilung der jugendlichen Alkoholkonsumenten keine verallgemeinernden Aussagen möglich sind." (a.a.O., 82). Konsistent wird aber seit einigen Jahren in der Forschung zum Jugendalkoholismus geschlechtsunspezifisch eine Nivellierung zwischen den Trinkmustern der einzelnen sozialen Schichten beobachtet (BMJFG 1983, 21; JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 33) mit einem tendenziellen Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und (hohem) Alkoholkonsum (ERNÄHRUNGSBERICHT 1984, 134; FAHRENKRUG 1980, 14) bzw. Anzahl der berichteten Rausche (SIEBER/ANGST 1981) bei männlichen Jugendlichen. Die Abhängigkeit des Konsums vom Besuch eines bestimmten Schultyps ist verzerrt durch die Variable Alter: Unter Hauptschülern ist der Alkoholkonsum deshalb geringer, weil sie jünger sind als Gymnasiasten. Die differenzierteste Aussage findet sich bei GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN (1984) für 16- bis 17jährige Berliner Schüler/innen: Bei den Mädchen ist ebenso wie bei den Jungen das Gefährdungspotential beim Besuch einer Hauptschule am größten. Für beide Geschlechter ist - werden starker und mittelstarker Konsum zusammengefaßt - der Anteil hoher Konsumenten am Gymnasium am geringsten. Die Gesamtschulmädchen zeigen den niedrigsten Gefährdetenanteil, die Gesamtschuljungen nach den Hauptschülern den höchsten. Aus dieser Skizze wird deutlich, daß die Höhe des Alkoholkonsums abhängt von der jeweiligen sozialen Situation, die durch Geschlechtszugehörigkeit und Schultyp bestimmt ist. Da wir insgesamt davon ausgehen, daß der Variable "Sozialschicht" -

ungeachtet der Nivellierungstendenzen - nach wie vor eine hohe Bedeutung zukommt, ist es wichtig, daß die Datenlage durch weitere differenzierte Erhebungen/Auswertungen verbessert wird.

Die Differenzen zwischen den Konsumanteilen der Geschlechter, d.h. zwischen den Quoten derer, die überhaupt zu Alkohol greifen, sind nicht mehr allzu groß. Die These der weiterhin zunehmenden Angleichung der Konsummuster wird durch neuere Daten nicht gestützt. Konsummuster sind allerdings durch ein binäres Merkmal wie "Alkoholerfahrung: ja/nein" äußerst unzureichend beschrieben, so daß hinter der belegten quantitativen Angleichung völlig verschiedene - auch geschlechtsspezifische - Umgangsweisen mit dem Alkohol verborgen sein können. Im folgenden wollen wir klären, ob auch bezogen auf die Art, mit Alkohol umzugehen (Intensität, Kontexte, Motive) von einer Angleichung gesprochen werden kann. Der Proporz männlicher Konsumentenanteile zu weiblichen ist jedenfalls bei verschiedenen Trinkintensitäten unterschiedlich: In der Gruppe gelegentlich Trinkender stehen 36% der weiblichen Jugendlichen zwischen 12 und 24 Jahren 27% der männlichen Jugendlichen gegenüber. Andererseits trinken 34% der Jungen regelmäßig gegenüber nur 13% der Mädchen (BMJFG 1983, 20; vgl. Tab. 16).

3.2 Geschlechtsspezifische Konsumverläufe

Die Daten zeigen bei beiden Geschlechtern einen mit dem zunehmenden Alter ansteigenden Alkoholkonsum (BMJFG 1983, 20). Die Sequenzen, denen diese Zunahme folgt und die sich in sukzessiven Einstellungs- und Verhaltensänderungen ausdrücken, werden von beiden Geschlechtern analog durchlaufen. Vor dem Hintergrund dieser gemeinsamen Entwicklungs-Folie ist jedoch die biographische Aneignung eines Umgangs mit Alkohol und die Einbindung der Droge in den Alltag geschlechtsspezifisch ausgeprägt.

Zunächst lehnen Mädchen wie Jungen zwischen 6 und 9 Jahren in der überwiegenden Mehrheit Alkohol ab und meinen, sie würden später niemals Alkohol trinken. Offenbar findet dann aber um das 10. Lebensjahr herum ein Einstellungswandel statt, genauer: die Schere zwischen dem Urteil, was allgemein als ungesund gilt (Reproduktion der erzieherischen Normen) und dem, was die Befragten persönlich für ungesund halten (persönliche Einstellung) öffnet sich mit zunehmendem Alter (REUTER/HÖCHER 1977, 137). Ungefähr ab dem 10. Lebensjahr verstehen Kinder sich als mögliche künftige Alkoholkonsumenten (HURRELMANN/VOGT 1985, 31). Die Beobachtung anderer (vor allem der Eltern) und nicht eigene Erfahrungen bilden in diesem Alter die Grundlage des Wissenserwerbs; dabei sind bestimmte Alkoholika personal oder an Konsumsituationen gebunden (Bier gehört zum Vater, Wein zum familiären Zusammensitzen; REUTER/HÖCHER 1977, 133ff).

Die ersten Probiererfahrungen werden bis zum Alter von 10./11 Jahren in der Familie gesammelt; der Einstieg in den Alkoholkonsum beginnt derzeit um das 13. Lebensjahr (BMJFG 1983, 24; ältere Untersuchungen geben hier ein höheres Alter an, z.B. FAHRENKRUG 1980). 15- bis 16jährige, die keine oder kaum Erfahrungen mit Alkohol bis zu diesem Alter gemacht haben, empfinden sich als "Nachzügler" oder definieren sich als Abstinente (FRANZKOWIAK 1986, 73). Nach FISCHER ist bei Jungen und Mädchen der Einstellungswandel mit 18 Jahren abgeschlossen; danach verändert sich die Einstellung zum Alkohol nur noch geringfügig (FISCHER 1985, 42; hier Tab. 18).

Das durchschnittliche Einstiegsalter in den Alkoholkonsum liegt bei Jungen niedriger als bei Mädchen (TUDROP 1984, 153: Bei Mädchen: 14,2; bei Jungen: 13,7; ältere Untersuchungen geben eine höhere Altersdifferenz an, z.B. REUTER/HÖCHER 1977 oder MALHOTRA 1976). Die Daten über den altersspezifisch steilen Anstieg des Konsums bei Mädchen und

Jungen sind nicht nur uneinheitlich (vgl. v.SOER 1980, 66f) und überaltert, sondern bieten kaum Anhaltspunkte für Interpretationen, da die mit dem Alter veränderten Lebenslagen der Befragten in der fraglichen Altersspanne nicht einbezogen sind und damit z.B. eine veränderte situative Bedeutung des Alkohols nicht diskutiert werden kann.

So wird etwa an anderer Stelle für beide Geschlechter belegt, daß der Eintritt ins Berufsleben mit einem Anstieg des Alkoholkonsums verbunden ist (BZGA 1981 nach REUTER 1983, 153; BMJFG 1983, 22; vgl. Tab. 19). Dieser Einfluß nivelliert aber nicht die Geschlechterdifferenzen: „Nach fallender Konsumhöhe (von Bier und Alkoholika insgesamt) geordnet lautet die Reihenfolge bei 19- bis 25jährigen: Berufstätige ledige Männer - Männer in schulischer Ausbildung - berufstätige Frauen - Frauen in schulischer Ausbildung. 70% der männlichen und 43% der weiblichen Berufstätigen zwischen 14 und 20 Jahren hatten schon einmal einen Rausch, in der gleichen Altersgruppe hatten dagegen nur 42% der Schüler und 27% der Schülerinnen diese Erfahrung gemacht (BZGA 1984a, 18). In den Altersgruppen 14-19 Jahre und 20-29 Jahre trinken männliche Jugendliche häufiger als weibliche am Arbeitsplatz und geben auch häufiger an, daß generell (täglich/mehrmals in der Woche) am Arbeitsplatz Alkohol getrunken wird (BZGA 1984, Teilband Alkohol, F152 und F153).

Mädchen eignen sich also erst etwas später, aber in einer ähnlichen Sequenz wie Jungen, Erfahrungen mit dem Alkohol an. Der wesentliche Punkt ist aber, daß sie sich qualitativ andere Erfahrungen aneignen (vgl. II, 3.3: sie bilden andere Konsummuster heraus). So zeigt zwar SEMMER (1985) für 13- bis 15jährige einen parallelen Anstieg des regelmäßigen Konsums bei Mädchen und Jungen (a.a.O., 19); die Daten von HORNÜNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF (1985) zeigen dagegen für höhere Altersstufen und bezogen auf Alkoholräusche ein zunehmendes Auseinanderklaffen der Erfahrungen von Mädchen

und Jungen (vgl. Abb. 20). Somit handelt es sich offenbar bei der Differenz der Konsummuster nicht nur um eine Altersverschiebung ("Jungen sind den Mädchen voraus"), sondern um eine geschlechtsspezifische Aneignung des Umgangs mit Alkohol, die sich mit zunehmendem Alter stärker ausdifferenziert.

Es gibt insgesamt wenige Untersuchungen, die für den für die Entwicklung des Alkoholkonsums relevanten biographischen Abschnitt zwischen 10 und 18 Jahren nach einzelnen Altersstufen differenzieren. Uns liegt keine Untersuchung vor, die bei einer solchen Differenzierung noch die altersspezifischen Veränderungen (geschlechtsspezifisch) einbezieht.

3.3 Geschlechtsspezifische Muster nach Konsumhöhe und -intensität

In Tabelle 16 sind Angaben zum Geschlechterproporz aus verschiedenen Untersuchungen zusammengefaßt: Trotz regionaler Unterschiede und Inhomogenität aufgrund der altersmäßigen Verschiedenheit der befragten Populationen ergibt sich übereinstimmend die Dominanz männlicher Jugendlicher in der Gruppe regelmäßiger Konsumenten (in einem Verhältnis von zwischen 4:3 in Berlin und 5:2 in Bayern). Unter den gelegentlichen und seltenen Konsumenten finden sich mehr Mädchen.

In der zitierten Berliner Untersuchung sind in der Gruppe der starken Konsumenten erheblich weniger Mädchen als Jungen vertreten. "Auch sind die Mädchen etwas verstärkt in den Gruppen mit seltenem und niedrigem Konsum. Aber in der Gruppe derjenigen Jugendlichen, die gelegentlich, dann aber mengenmäßig gleich tüchtig 'zulangen' bzw. bei denen, die regelmäßig und mittelstark (max. 3-4 Gläser) trinken, sind annähernd gleichviele Mädchen wie Jungen." (GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 101).

Das Bild geschlechtsspezifischer Unterschiede verdeutlicht sich, wenn über die - allein wenig aussagekräftige - Häufigkeit des Konsums die Trinkmenge pro Trinksituation oder pro Zeiteinheit (Woche) mit einbezogen wird: Mädchen trinken nicht nur seltener, sondern auch weniger (Tab. 21 und 22). Für Bayern wurde festgestellt, daß sich zwar die Zahl der Alkoholkonsumenten verringert hat, nicht aber die Intensität des Konsums; dies geht vor allem zu Lasten der gesteigerten Konsumintensität von Bier bei 18- bis 24-jährigen männlichen Jugendlichen (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 30 / 1986, 19). Unter den befragten Jugendlichen, die einen hohen Bierkonsum angaben, sind kaum weibliche Jugendliche zu finden (ebenda; vgl. Tab. 23 und 24). Dies zeigt die Notwendigkeit, nach Alkoholsorten zu differenzieren: Bei Wein und Spirituosen ist das Verhältnis zwischen den Geschlechtern ausgeglichener als bei Bier.

Diese Ergebnisse werden durch die geringen Anteile von Mädchen in der Extremgruppe der "Gefährdeten", d.h. der häufig und viel Trinkenden weiterhin unterstrichen. Das BMJFG stellte für die bundesrepublikanische Jugend fest, daß - je nach Art der Index-Bildung - zwischen 75% und 95% der Gefährdeten männlichen Geschlechts sind (BMJFG 1983, 43) und daß - andersherum prozentuiert - der Anteil Gefährdeter an männlichen Jugendlichen höher ist als der an weiblichen (BMJFG 1983, 45; vgl. Tab. 25).

Die These der Angleichung der Konsummuster kann nur besagen, daß auch Frauen Konsummuster jenseits von Abstinenz herausbilden; nicht aber welche Muster sie ausbilden und vor allem nicht inwieweit sich die "weiblichen" Muster von "männlichen" unterscheiden. Die Unterschiede lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Jungen dominieren konstant in der Gruppe der regelmäßigen und Mädchen in der Gruppe der gelegentlichen Konsumenten. In der Gruppe der exzessiven Trinker finden sich fast nur männliche Jugendliche.

- Unter Einbeziehung der Trinkmenge gilt, daß Mädchen nicht nur seltener, sondern auch weniger trinken als Jungen.

Insgesamt sind jedenfalls die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und nach Alter so groß, daß FISCHER (1985) feststellt: "Die enge Korrelation zwischen Alter und Geschlecht und Einstellung zu Alkohol bei den Jugendlichen erschwert eine aussagekräftige Analyse der Beziehungen zu anderen Merkmalen ungemein. Will man Alkohol und andere Merkmale in Zusammenhang bringen, so ist immer zunächst zu prüfen, ob eine mögliche Beziehung nicht etwa nur auf den Einfluß von Alter und Geschlecht zurückzuführen ist." (a.a.O., 49)

3.4 Geschlechtsspezifische Alkoholpräferenzen

Mädchen bevorzugen andere Alkoholika als Jungen. In der zitierten Berliner Untersuchung ergaben sich geschlechtsspezifische Unterschiede dahingehend, daß mehr Mädchen als Jungen nie Bier und Schnaps und mehr Jungen als Mädchen nie Wein und Sekt konsumierten. Jungen tranken signifikant häufiger Bier als Mädchen (GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 75f; hier Tab. 26). Auch für Bayern gilt - allerdings unter Berücksichtigung der regionalen Spezifik bei der Spitzenstellung von Bier in der Beliebtheitsskala alkoholischer Getränke -, daß der Unterschied zwischen den Geschlechtern im wesentlichen auf den unterschiedlichen Bierkonsum zurückzuführen ist. Die Konsumspitzen liegen absolut bei den männlichen Biertrinkern zwischen 18 und 24 Jahren (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 31).

Die neueren Daten der BZGA (1984) und der BURDA-Marktforschung (1986) zeigen, daß in der Gruppe der 14- bis 19jährigen die Mädchen die Jungen in folgenden Konsumgruppen überrunden: "geringer Konsum von Sekt" und "geringer Konsum von Wein". Für diese beiden Alkoholika gilt, daß auch in den

stärkeren Konsumgruppen und für die 20- bis 29jährigen Geschlechtsunterschiede im Konsum nicht bedeutsam sind. Für Bier dagegen gilt in den Altersgruppen 14 bis 19 und 20 bis 29 Jahre: Wesentlich mehr Jungen bzw. Männer als Mädchen bzw. Frauen konsumieren Bier regelmäßig (nach BURDA gilt dies ebenfalls für gelegentlichen Konsum; vgl. Tab. 24 und 27).

3.5 Geschlechtsspezifische Konsumanlässe und -orte

In der Forschung wird zwischen verschiedenen Formen von Alkoholkonsum differenziert, etwa zwischen "sozialem Trinken", "hedonistischem Trinken" oder "convivialem Trinken". Das "conviviale Trinken" bezeichnet das in den Alltag integrierte und somit überwiegend gewohnheitsmäßige Trinken z.B. während der Mahlzeiten, beim Fernsehen, bei der Berufsausübung oder zum Feierabend (vgl. BMJFG 1983, 36).

Als weitere Motivkonstellation gilt das "utilitaristische" bzw. "Wirkungstrinken", bei dem um möglicher intendierter Wirkungen wegen getrunken wird. Diese Wirkungen werden z.T. noch einzeln aufgefächert z.B. in "Konflikttrinken" oder Trinken, um Depressionen oder Kontakthemmungen abzubauen oder Empathie zu erleben. Das "hedonistische" Trinken bezeichnet in der Regel eine Einstellung (mäßigen) genußvollen Konsums; in der Länderstudie des BMJFG wird zusätzlich Alkoholkonsum als Selbstmedikation genannt (BMJFG 1983, 40). In diesem Abschnitt ist vor allem das conviviale und das soziale Trinken von Interesse, weil hiermit jeweils spezifische Anlässe und Orte des Konsums bezeichnet sind (z.B. Alltagsroutine, Geselligkeit öffentlicher oder privater Art). Im nächsten Abschnitt werden die Einstellungen und Motive insgesamt auf geschlechtsspezifische Unterschiede hin untersucht.

Jungen nennen häufiger das "conviviale Trinken" beim

Fernsehen, Abend- oder Mittagessen (z.T. übersteigen die Nennungen der Jungen die der Mädchen um das Doppelte; BMJFG 1983, 36ff; JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 22); Mädchen geben häufiger an, bei "besonderen Anlässen zu trinken". Während also für Jungen das Trinken von Alkohol stärker in den Alltag integriert ist, trinken Mädchen bei anderen, besonderen Gelegenheiten. "Feste und Parties sind für fast alle Alkoholkonsumenten Anlässe zum Trinken. Insbesondere junge Frauen betrachten festliche Anlässe als Gelegenheiten zum Alkoholkonsum" (BMJFG 1983, 36). Jungen stimmten dem Item, man bräuchte keinen (besonderen) Anlaß zum Trinken, häufiger als Mädchen zu (a.a.O., 34). Für Mädchen scheint nicht nur der Ausnahmecharakter des "besonderen Anlasses" von Bedeutung zu sein, sondern vor allem der festliche und dabei in der Regel familiäre Aspekt: Sie trinken - allerdings altersabhängig - häufiger im familiären Kreis und bei Freunden. Für Jungen dagegen gelten Volksfeste, Vereine und der Kreis der Arbeitskollegen häufiger als Trinkanlässe und -gelegenheiten, die Kneipe häufiger als Trinkort (Tab. 28). Allerdings sind diese Zusammenhänge abhängig vom Alter (vgl. Tab. 29) und von der Lebenssituation (vgl. Tab. 30).

Das unterscheidende Merkmal scheint darin zu liegen, daß Jungen stärker in der Öffentlichkeit trinken und Mädchen eher privat. Dies bestätigen GOLOBEK/JACOBSEN/STALLMANN (1984): Sie fanden bei den von ihnen befragten 16-jährigen bei den Trinkorten selbst keine gravierenden Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen, "...sieht man einmal davon ab, daß unter denjenigen Jugendlichen, die auf der Straße Alkohol trinken, doch erheblich mehr Jungen als Mädchen sind. Die Mädchen allerdings (...) konsumieren insgesamt alkoholische Getränke öfter im familiären Kreis." (a.a.O., 168). Mädchen unterscheiden sich aber auch von Jungen dadurch, "...daß sie häufiger als die Jungen in 'trauter Zweisamkeit', d.h. zusammen mit ihren Freunden oder Freundinnen alkoholische Getränke zu sich nehmen, während die männlichen Jugendlichen das öfter in größeren Gruppen, sei

es in der Clique oder mit Sport- und Schulfreunden tun" (ebenda).*)

Von BERGER/LEGNARO (1980) liegt der Hinweis vor, daß das "soziale Trinken" im Laufe der zunehmenden Gewöhnung an Alkohol an Bedeutung verliert; detaillierte Daten (geschlechtsspezifisch) zu solchen Veränderungen liegen aber weiter nicht vor (a.a.O., 120).

3.6 Geschlechtsspezifische Einstellungen und Motivationen

Jungen weisen generell eine positivere Einstellung zum Alkohol auf als Mädchen. Dabei sind die Differenzen zwischen Mädchen und Jungen unter den 15- bis 17jährigen am geringsten (vgl. Tab. 17): In dieser Altersgruppe sagen 20% der Mädchen und der Jungen, daß sie gar keinen Alkohol trinken. Für jüngere Altersgruppen liegen keine Angaben vor; bei den 18- bis 20jährigen sind die Differenzen wesentlich deutlicher und bleiben ab diesem Alter in ihrer Deutlichkeit erhalten. Leider sind die Veränderungen der Einstellung zum Alkohol im Zusammenhang mit zunehmenden Alkoholerfahrungen nur grob erfaßt.

Überall dort, wo die verschiedenen Motivkonstellationen des Alkoholkonsums nach Geschlecht aufgeschlüsselt wurden (s.o.), ergeben sich in fast allen Trinkarten für Jungen

*) Diese Ergebnisse verweisen auf die unterschiedlichen Gesellungsformen von Mädchen und Jungen, z.B. darauf, daß die Straße als Territorium der Jungen gilt (vgl.IV.7). An diese Überlegung schließt sich die Vermutung an, daß Mädchen und Jungen womöglich unter einer Kategorie wie "wenn man sich mit Freunden trifft" jeweils etwas anderes verstehen: Jungen die Clique mit ihren Ritualen, Mädchen das zweiseame Treffen mit der Freundin im Zimmer zuhause etc.. Unseres Wissens liegen keine Untersuchungen vor, die die Items auch auf die geschlechtsspezifischen Gesellungsformen jugendlicher abstimmen.

höhere positive Zustimmungsraten. Wie bereits im Abschnitt über Trinkanlässe und -orte erwähnt, ist die Differenz in den Einstellungen zum sozialen Trinken am deutlichsten (Tab. 31). Die Zustimmung scheint aber wesentlich von der Formulierung der einzelnen Items abzuhängen. So sind vor allem die Unterschiede der Antworttendenzen zwischen Mädchen und Jungen bei solchen Items gering, die mäßigen Konsum und für Mädchen akzeptable Motive abfragen. In der bayrischen Untersuchung wird z.B. als Item zum sozialen Trinken die Zustimmung zu "Wenn ich was getrunken habe, bin ich unheimlich lustig" abgefragt. 58% der weiblichen Alkoholkonsumenten und 57% der männlichen bezeichneten diese Aussage als für sie zutreffend. Sehr nahe beieinander liegen auch die Zustimmungsraten für "Wenn ich etwas getrunken habe, kann ich mehr aus mir rausgehen" oder "...trau ich mir viel mehr zu" im Komplex "Trinken zur Überwindung von Hemmungen" (vgl. Tab. 32).

Die Items, in denen es um exzessiven Konsum oder Trunkenheit geht, werden von Mädchen allerdings deutlich negativer beurteilt als von Jungen (BMJFG 1983, 26; JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 25; vgl. Tab. 33).

In der Untersuchung von GOLOBEK/JACOBSEN/STALLMANN (1984) zeigten sich bei nur vier der vorgelegten Item-Vorgaben geschlechtsspezifische Differenzen: Mehr 16jährige Mädchen als gleichaltrige Jungen gaben als Grund an, (oft/manchmal/selten) zu trinken, Alkohol mache sie traurig oder schwermütig. Mehr Jungen als Mädchen nannten als Grund: Weil alle trinken. Sie gaben ebenfalls häufiger an, daß sie aggressiv werden, wenn sie Alkohol trinken, und daß es ihnen weniger ausmacht, was andere über sie reden oder denken, wenn sie trinken.

Es ist allerdings die Frage, was mit diesen Items abgefragt wird. Es ist z.B. ein Unterschied, ob danach gefragt wird,

welche Wirkungen von Alkohol aus eigener Erfahrung bekannt sind, und welche Wirkungen Trinkintentionen darstellen (vgl. SCHULZ 1976 a-c). So zeigen die Daten der BZGA z.B. als Aspekt einer utilitaristischen Einstellung, daß 14% der 14- bis 19jährigen Mädchen gegenüber 6% der gleichaltrigen Jungen angeben, sie wüßten aus eigener Erfahrung, daß man mit Alkohol Ärger bewältigen kann. Aber 10% dieser Jungen gegenüber nur 2% der Mädchen nannten die Bewältigung von Ärger als Grund, zuweilen zu trinken. Während Mädchen also mehr potentielle Motive im Sinne von positiven Erfahrungen kennen, geben sie weniger aktuelle Trinkmotive für ihren Konsum an. In der Altersgruppe der 20- bis 29jährigen verschwindet dieses Phänomen. In diesem Alter geben Jungen bzw. Männer sowohl bei bereits selbst erfahrenen Wirkungen als auch bei aktuellen Motiven mehr positive Nennungen ab als die jungen Frauen (BZGA 1984, F 154; vgl. hier Tab. 34). Diese Unterschiede legen die Vermutung nahe, daß das Antwortverhalten ebenso wie der Konsum selbst geschlechtsspezifisch geprägt ist und vornehmlich in den jüngeren Altersgruppen Alkohol- und Geschlechtsrollenklischees wiedergegeben werden.

Die Motive des Konsums in den Extremgruppen weisen auf utilitaristisches Trinken zur Manipulation psychischer Prozesse im Sinne von Hebung der Selbstsicherheit, Hemmungs- und Realitätsverlust sowie Betäubung (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 56ff; vgl. KLEIN 1984, 183: Wesensveränderung) hin; hier wird aber nicht geschlechtsspezifisch differenziert. Wie sinnvoll eine solche Differenzierung sein kann, belegen die Ergebnisse von GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN (1984), die allerdings auch nur für starke Konsumenten formulierbar sind: Es sind "...besonders die männlichen Jugendlichen unter den Gefährdeten, die dazu neigen, Gefühle von (...) Unzulänglichkeiten nicht wahrzunehmen, indem sie offensichtlich so stark (mit Hilfe von) Alkohol verdrängen, daß sie glauben, sich als "starke Typen" fühlen zu können. Die Mädchen der Gefährdetengruppe leiden (...) vermehrt unter

empfundenen oder tatsächlichen äußeren Schwächen. Diese scheinen daher bewußter als die Jungen den Alkohol als Mittel der Selbstwertverbesserung einzusetzen, um sich in Gesellschaft anderer Jugendlicher wohlzufühlen." (GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 335). Es mag also für beide Geschlechter gelten, daß starke Konsumenten/innen nach außen "problemlos" und besonders fähig zu Sozialkontakten erscheinen (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 56; GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 325); daß dieses Auftreten aber nur der Laßvierung von Unsicherheiten und Problemen - jeweils verschieden für Jungen und Mädchen - zu verdanken ist.

Rückschlüsse von Motiven exzessiven Konsums auf Motive gemäßigten Konsums sind allerdings nicht möglich. Wenn zudem innerhalb der Gruppe starker Konsumenten nicht nach Geschlecht unterschieden wird, dominieren bei den Ergebnissen die Motive der in dieser Konsumentengruppe überrepräsentierten männlichen Jugendlichen.

Insgesamt bekommen Mädchen verglichen mit Jungen in parallelen, aber zeitlich leicht verschobenen Phasen Kontakt zu Alkoholika und bilden Konsummuster aus. Eine deutliche qualitative Differenz besteht jedoch in der Art der herausgebildeten Konsummuster: Mädchen trinken weniger und seltener als Jungen, sie bevorzugen dabei Sekt und Wein im privaten Kreis und zu besonderen Anlässen. Das regelmäßige und starke Trinken von Bier in der Öffentlichkeit von Kneipen oder Vereinen oder auf der Straße zusammen mit Gleichaltrigen ist Domäne der Jungen. Jungen sind insgesamt positiver gegenüber Alkohol eingestellt; die Unterschiede in der Beurteilung des Konsums sind am deutlichsten, wenn nach exzessivem Konsum gefragt wird.

4. ZIGARETTENRAUCHEN

4.1 Allgemeine und geschlechtsspezifische Verteilungstrends

Der Anteil der Jugendlichen, die rauchen, ist gegenüber 1977 leicht rückläufig (BMJFG 1983, 88). Überall dort, wo in einzelnen Phasen und Gebieten dennoch "...ein Ansteigen der Zahl rauchender Jugendlicher festgestellt wird, ist dieses durch die Zunahme des Rauchens weiblicher Jugendlicher bedingt, während bei männlichen Jugendlichen teils stagnierende, teils rückläufige Raucheranteile vorliegen." (MERZDORF/REUTER/WELSCH 1982, 15; vgl. LOPEZ 1983, 14; hier: Abb. 35). Durch die Zunahme des Anteils rauchender Mädchen und die Abnahme des Anteils rauchender Jungen fand insgesamt eine Annäherung der geschlechtsspezifischen Häufigkeit des Rauchens statt.

Heute rauchen 58% der 15- bis 24jährigen Mädchen zumindest gelegentlich und 40% täglich; die entsprechenden Angaben für gleichaltrige Jungen betragen 61% und 48% (vgl. Tab. 36)*). Als Trend gilt, daß weder die Raucheranteile von Jugendlichen insgesamt, noch die von Mädchen weiter ansteigen:

*) Ebenso wie beim Konsum von Alkohol ist die Vergleichbarkeit der Daten aus den einzelnen Untersuchungen eingeschränkt

- dadurch, daß die Grundpopulationen im Alter voneinander abweichen: Rauchen nimmt mit dem Alter zu, daher liegen Angaben, die ältere Jahrgänge miteinbeziehen, höher, als Angaben für Jüngere.

- dadurch, daß die Konsum(intensitäts)gruppen unterschiedlich definiert sind.

"Die Prozentsätze rauchender Jugendlicher können sich so ohne weiteres allein durch die Erhebungstechnik um 10 bis 20% verändern" (MERZDORF/REUTER/WELSCH 1982, 33). Wir werden daher im folgenden die Legenden und Grundgesamtheiten bei Tabellen angeben.

"Nur in einigen Bundesländern hat seit 1977 der Anteil der Raucherinnen noch tendenziell zugenommen." (BMJFG 1983, 89). Die Daten aus Bayern belegen stagnierende Prozentanteile von heutigen und von früheren Raucherinnen unter den weiblichen Jugendlichen (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 104; vgl. Abb.37). Daß sich dennoch weiterhin die Differenzen zwischen den geschlechtsspezifischen Konsumanteilen verringern, ist der Tatsache geschuldet, daß weniger Mädchen als Jungen das Rauchen wieder aufgeben: Der Anteil der ehemaligen Raucherinnen unter den 12- bis 17jährigen Mädchen liegt im Bundesdurchschnitt mit 8% erheblich niedriger als der Anteil ehemaliger Raucher unter den Jungen, der 11% beträgt (BMJFG 1983, 89).

Im einzelnen gibt es regionale Unterschiede in den Verteilungshäufigkeiten: "In Schleswig-Holstein haben bereits mehr weibliche als männliche Befragte überhaupt schon einmal geraucht. In Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und im Saarland liegen die Anteile männlicher und weiblicher Raucher ebenfalls nahe beieinander. In Bayern und Niedersachsen dagegen überwiegen die männlichen Raucher deutlich." (ebenda). Für Berlin wurde ein "Vorsprung" der Mädchen festgestellt (GOLOBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 378; vgl. Tab. 36; SEMMER 1985, 17).

Mehr Jugendliche aus der Unterschicht rauchen im Vergleich zu dem Anteil jugendlicher Raucher in der Oberschicht. Viele Oberschichtjugendliche fangen gar nicht erst mit Rauchen an (BMJFG 1983, 89; JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 108). Ein Vergleich der Konsumintensität bezogen auf den Besuch verschiedener Schultypen ergibt - nach Konstanthalten der Variable Alter, denn Rauchen ist stark altersabhängig -, daß je höher das Ausbildungsniveau ist - und erweitert: je qualifizierter die Berufstätigkeit -, desto weniger geraucht wird. Arbeitslose haben allerdings einen Sonderstatus.

Ohne eine Differenzierung nach Geschlecht sind diese Aussagen für uns jedoch relativ wertlos. Ein differenziertes Bild auch der Unterschiedlichkeit der Geschlechtsunterschiede nach Ausbildungsgängen ergibt sich aus den Daten von GOLOBEK/JACOBSEN/STALLMANN (1984) für 16- bis 17jährige: an Gymnasien wird am wenigsten geraucht. Dies gilt vor allem für Jungen. Am meisten wird in den berufsbildenden Ausbildungsgängen und dort vor allem von Mädchen - mit deutlichem Abstand zu Jungen - geraucht, während in der Hauptschule ebenfalls viel geraucht wird, die Konsumanteile der Geschlechter aber gleich sind. Letzteres gilt bei insgesamt geringerer Konsumintensität auch für die Gesamtschule (vgl. Tab. 38). Hier bedarf vor allem die krasse Geschlechterdifferenz in den berufsbildenden Ausbildungsgängen einer gesonderten Interpretation, da sie durch andere Daten nicht belegt ist (vgl. Tab. 43).

4.2 Konsumintensität und Präferenzen

Wird die Entwicklung nicht nur nach Anteilen von Rauchern, sondern zusätzlich nach Konsumintensität differenziert aufgeschlüsselt, so ergibt sich - zumindest bis 1982 - die Formel "weniger Raucher - aber mehr Konsum" (MERZDORF/REUTER/WELSCH 1982, 30): Die Zahl der Gelegenheitsraucher nimmt ab und mehr Raucher rauchen wenn, dann exzessiv. In der Drogenaffinitätsstudie wird dieses Phänomen als "Polarisierung zwischen Rauchern und Nichtrauchern" bezeichnet (BZgA 1982, 12; vgl. für Bayern JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 111). An diesem Trend sind auch die Frauen bzw. Mädchen beteiligt: Waren sie früher in der Mehrzahl Gelegenheitskonsumentinnen, so hat inzwischen ihre Rauchintensität zugenommen (MERZDORF/REUTER/WELSCH 1982, 14); noch ist sie allerdings niedriger als die der Jungen (a.a.O., 43).

Es bleibt zu ergänzen, daß Mädchen in der Präferenz der Tabakprodukte auf Filterzigaretten festgelegt sind; das

Rauchen von filterlosen Zigaretten, Zigarren und Pfeife bleibt Domäne der Männer bzw. Jungen (BMJFG 1983, 92).

4.3 Geschlechtsspezifische Konsumverläufe

Der Behauptung, daß sich der allgemeine Rauchbeginn geschlechtsunspezifisch in immer frühere Altersgruppen verlagert (z.B. DOUBRAWA 1980, 55, HARREIS/SCHULZE/SCHMIDT 1980, 77) wird in neueren Untersuchungen widersprochen (MERZDORF/REUTER/WELSCH 1982, 43). Daß beide Seiten stets ihre These mit neuem Zahlenmaterial untermauern können, liegt vornehmlich an der fehlenden Präzisierung dessen, was mit "Rauchbeginn" gemeint ist: der erste Kontakt zur Zigarette oder der Beginn des seltenen, aber regelmäßigen Rauchens.

Ähnliche Uneindeutigkeiten erschweren die Klärung der Frage, ob Jungen mit dem Rauchen früher beginnen als Mädchen. Diese Meinung wird häufiger in älteren Untersuchungen vertreten (z.B. LOPEZ 1984 (Erhebung 1979); oder BRAUNER 1980 (Erhebung 1976)), während neuere Daten eine Nivellierung der Altersdifferenz zwischen den Einstiegsaltern von Mädchen und Jungen beschreiben, das dann einheitlich etwa zwischen 11 und 14 Jahren liegt (z.B. TUDROP 1984, 383; GOLEMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 379; vgl. Tab.39 und 40).

Die Gewöhnung an die Zigarette folgt bestimmten Sequenzen, die üblicherweise benannt werden als "erster spielerischer Kontakt", "Initiationsphase" und "Gewöhnungsphase" (BRAUNER 1980: Initial-, Latenz- und Sekundärphase; WETTERER/HELFFERICH 1983: Initiations- und Habitualisierungsphase). Im Durchlaufen dieser Sequenzen - also altersabhängig - nimmt das Rauchen zu. Bis zum Alter von 18 bis 20 Jahren hat sich entschieden, ob jemand Raucher wird oder Nichtraucher bleibt (HURRELMANN/VOGT 1985, 33; vgl. BZGA 1979 nach REUTER 1980, 124). Dies gilt allerdings stärker für Männer als für Frauen: 6% der Männer beginnen nach dem 25. Lebensjahr noch das Rauchen (resp. 3% nach dem 30. Lebensjahr); bei Frauen

sind die entsprechenden Prozente 16,4% resp. 16% (INFRATEST 1983, 5).

Innerhalb dieser Phasen sind die Zuwachsraten nach Geschlecht/Alter verschieden. Während bezogen auf gelegentlichen und ständigen Konsum im Alter von 12 bis 13 Jahren Mädchen die Jungen bei dem (bei beiden niedrigen) Konsumanteil übertreffen³⁾, verkehrt sich der Vorsprung der Mädchen mit zunehmendem Alter ins Gegenteil (BZGA 1982 nach REUTER 1983, 33; hier Tab.41 ; vgl. auch SEMMER 1985, 17). Nach den Daten von FISCHER (1985) unterscheiden sich die Konsumanteile der 15- bis 17jährigen Mädchen und Jungen kaum; in der Altersgruppe der 18- bis 20jährigen zeichnen sich dann Unterschiede zwischen den Geschlechtern ab, die bei den 21- bis 24jährigen dann noch an Deutlichkeit zunehmen (a.a.O., 36; hier: Tab. 38; vgl. auch die Veränderungstrends zwischen Tab.41. (1982) und Tab.42 (1984)).

Die mit dem Alter zunehmenden Differenzen werden allerdings unterschiedlich interpretiert: Vornehmlich Gesundheitsforscher rechnen die geringeren Konsumdifferenzen hoch auf eine zukünftige Angleichung, die sich als kohorten- oder generationsspezifisches Merkmal mit dem Alterungsprozeß der Jugendlichen in höhere Altersgruppen überträgt. Jugendforscher, die die Unterschiede auf phasen-, d.h. altersspezifische Probleme zurückführen, bestreiten, daß sich das Phänomen als Trend für die Zukunft extrapolieren läßt (vgl. die entsprechende Bemerkung zum Alkoholkonsum, S.23).

Hier werden erst die Daten der nächsten Jahre zeigen, ob die geschlechtsspezifische Raucherbiographie für die Unterschiede verantwortlich sind im Sinne eines steiler ansteigenden Konsumanteils bei Männern zwischen 15 und 24 Jahren im Vergleich zu Mädchen, oder ob sich sukzessive eine Angleichung der Muster durchsetzt, die heute bei den Jüngeren und in einigen Jahren bei allen Jugendlichen zu beobachten ist.

Wichtig ist es auch, die quantitativen Zunahmequoten nicht nur auf das biologische Alter, sondern auf die spezifischen Veränderungen der Situation Jugendlicher in der fraglichen Altersspanne zu beziehen. Als raucherbiographisch wichtiger Veränderungspunkt muß z.B. der Einstieg in die Berufstätigkeit gelten: Für Mädchen wie für Jungen ist dieser Einschnitt mit einer Zunahme des Nikotinkonsums verbunden (vgl. Tab. 43).

4.4 Geschlechtsspezifische Konsumlässe und -orte

Die Konsumanlässe und -orte sind gebunden an die spezifischen Phasen der Ausbildung des Konsummusters Rauchen. Hierbei bestehen wenig Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Die ersten Rauchversuche finden meist heimlich und selten allein statt (vgl. FRANZKOWIAK 1986, 47). Nach einer französischen Untersuchung gilt dies vor allem für Jungen: Mädchen rauchen die ersten Zigaretten weniger heimlich, manchmal sogar ganz offen. Während die Jungen das Abenteuer mit einem "Komplizen", d.h. einem etwa gleichaltrigen und gleichgestellten anderen Jungen teilen, rauchen Mädchen die ersten Zigaretten zu zweit, aber auch in einer größeren Gruppe oder mit anderen erwachsenen Mädchen (FRANZ.KOM./SOFRES 1983, 39f). Auch später spielt die Gruppe Gleichaltriger als Konsumanlaß und -ort eine prominente Rolle.

Ist die Heimlichkeit bis zu einem gewissen Alter der Jugendlichen institutionell erzwungen (z.B. auf den Toiletten der Schule), so verlagert sich mit zunehmender altersabhängiger Legalisierung des Rauchens und mit wachsenden Raucherfahrungen das Rauchen in die Öffentlichkeit von Feten, Privatparties, Disco- und Konzertveranstaltungen, wobei die "Fete" eine "geradezu zum exzessiven Konsum

auffordernde Institution" (FRANZKOWIAK 1986, 45) darstellt. In den Gruppen der über 17jährigen gewinnt das Rauchen beim Besuch von Kneipen (als Sinnbild eroberter Erwachsenen-öffentlichkeit) Bedeutung.

Für Ältere ist das Rauchen in der Schule (Pausenrauchen) zunehmend institutionalisiert und findet öffentlich statt. In der Berufsschule ebenso wie am Arbeitsplatz ist das Rauchen "ubiquitär" (FRANZKOWIAK 1986, 55). Mit zunehmender Gewöhnung verliert der Zigarettenkonsum die Bindung an örtliche Gegebenheiten und spezifische Kontexte.

4.5 Geschlechtsspezifischer Einstellungs- und Motivationswandel in der Raucherbiographie

a) Entwicklungsbezogene psycho-soziale Motive

Bis zu einem Alter von 11 Jahren lehnen Mädchen wie Jungen das Rauchen ab. Die ersten Erfahrungen beim spielerischen Probieren sind meist negativ (REUTER/HÖCHER 1977, 136; vgl. HURRELMANN/VOGT 1985, 33). Das Verhalten schwenkt dann um in Neugier (vgl. LOPEZ 1983, 25).

Die Neugier wird unter Gleichaltrigen geteilt: Bei den ersten heimlichen Rauchversuchen im kleinen Kreis (s.o.) reicht die Skala beschriebener Interaktion von "Anstiftung" (BANNER 1980, 87), "Anregung", "Ermutigung" und "Verführung" (FRANZ.KOM./SOFRES 1983, 39 und 41) bis zu "Erpressung" (FRANZKOWIAK 1986, 44). In der französischen qualitativen Untersuchung zum jugendlichen Initiationsprozeß des Rauchens steht die erste Zigarette für Jungen in dem Kontext, "... sich dem zu stellen, was man für eine körperliche (es ist schädlich) und psychologische (man trotz dem Verbot) Mutprobe hält." (FRANZ.KOM./SOFRES 1983, 38f). Über den Charakter der Rauchversuche als "Mutprobe" berichten aber auch Mädchen (vgl. FRANZKOWIAK 1986, 44). Für Mädchen wie für Jungen resümiert FRANZKOWIAK: "Die von Jugendlichen

genannten subjektiven Motive zum gelegentlichen sowie regelmäßigen Rauchen sind bis zum Erreichen der 16-Jahresgrenze relativ deutlich von den strukturellen Rahmenbedingungen überformt (...). Die bereits genannten Motive (...) werden von einem Hauptmotiv überschattet: Im Rauchen den Reiz des Verbotenen auszukosten." (a.a.O., 46f, Hervorhebung durch uns).

Nach diesem Einstieg gewinnt das Rauchen vor allem über das Zusammensein mit der Gruppe (rauchender) Gleichaltriger seine besondere Bedeutung; die Motive zum Rauchen sind überwiegend sozialer Natur. "Nur selten nennen die Befragten individuelle Einstiegsmotive, d.h. subjektive Befindlichkeiten, die sie ohne sozialen Druck zum Zigarettenprobieren veranlaßt hätten." (a.a.O., 44). Dabei geht es um konkrete Gruppenzwänge, die von Mädchen wie von Jungen beschrieben werden als "Reinkommenwollen", "Dabeiseinsgefühl" (FRANZKOWIAK 1986, 43), um kollektive Bestätigung (a.a.O., 44), sowie um die Vorbildwirkung, wirksam über die Anstrengung, das Selbstbild nach dem als Raucher/innen wahrgenommenen Vorbildern auszurichten (LOPEZ 1985).

Nach LOPEZ (1983) sind diese Mechanismen in besonderem Maß relevant, das Rauchen von Mädchen zu erklären: "Besonders der soziale Druck bei Verhaltensübernahme ist eher für Mädchen an Raucherfahrungen beteiligt. Die Beziehungen der Mädchen zu Freunden/Freundinnen sind z.T. ausgeprägter, zum anderen (besteht...) eine höhere Frequenz der Interaktion mit Bezugsgruppen. Beides wirkt sich fördernd auf die Übernahme von Gruppennormen und -werten aus" - eben als Übernahme des gruppenspezifisch verlangten Rauchverhaltens (a.a.O., 58).

Auch in der Untersuchung von FRANZKOWIAK (1986, 47) betonten die Mädchen eher das passive Element ihrer Rauchermotivation.

Ab dem Alter von 16 Jahren ist das Rauchen zunehmend öffentlich legalisiert, auch für Mädchen. Parallel dazu

verschieben sich die Motive von gruppenbezogenen auf subjektive Motive des Rauchens: Das Rauchen hat seine Funktion als Grenzüberschreitung zum Erwachsensein zunehmend verloren; individuelle Geschmacks-, Gewöhnungs- und Entspannungsmotive schieben sich in den Vordergrund (vgl. FRANZKOWIAK 1986, 50; vgl. Übersicht zum nachlassenden Gewicht sozialer Faktoren beim Übergang von der Initiations- zur Gewöhnungsphase: WETTERER/HELFFERICH 1983, 71).

b) Geschlechtsspezifische Motive als "Rauchertypen"

Aus der Einsicht heraus, daß Raucher eine sehr heterogene Gruppe darstellen und es verschiedene Motivkonstellationen des Rauchens gibt, wurden in der Forschung eine Reihe von "Rauchertypologien" entwickelt (Übersicht: WETTERER/HELFFERICH 1983, 42ff). Die Typen wurden dabei meist durch faktorenanalytische Datenreduktion eruiert, einzelne Dimension in Form von Items operationalisiert und die Verbreitung einer Zustimmung zu ihnen in Repräsentativbefragungen erhoben. Es wird unterschieden z.B. zwischen "sozialem Rauchen", "gedankenlosem Rauchen", "Genußrauchen" und "Kompensationsrauchen" (:= über das Item "ich rauche, weil ich sonst mehr essen würde" erfaßt; BADEN-WÜRTTEMBERG 1980); oder "Rauchen zur Überwindung von Streß", "Rauchen aus sozialem Anlaß", "süchtiges Rauchen", "moralisch-ethische Aspekte des Rauchens" (Gesundheitsbewußtsein) oder "Rauchen aus Genuß" (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 112).

Diese kurze Auflistung zeigt bereits die grundlegende Schwierigkeit: Die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen sind untereinander kaum vergleichbar, weil unterschiedliche Items zur Messung derselben Dimension bzw. gleiche Items zur Messung unterschiedlicher Dimensionen verwendet werden. So erklärt sich der Widerspruch zwischen der Angabe, der "soziale Faktor" sei wichtigster Einstellungsfaktor für die befragten Jugendlichen, was das Rauchen betrifft (BADEN-

WÜRTEMBERG 1980) und dem Ergebnis, daß soziale Argumente für Jugendliche erst an 5.Stelle rangieren (BMJFG 1983, 94; JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 112).

Ein weiteres Manko besteht darin, daß die Items aus Befragungen von Erwachsenen gewählt sind: Damit ist die Aufgabe versäumt, nach jugendspezifischen Motiven - also solchen, die es nur in der Jugendphase gibt - zu suchen (vgl. LASOGGA 1978). Erwachsene haben zudem den Prozeß der Gewöhnung an die Zigarette bereits abgeschlossen, so daß Aussagen über den langsamen Prozeß der Gewöhnung hochgradig retrospektiv verzerrt sind bzw. gar nicht mehr gemacht werden können (vgl. FRANZ.KOM/SOFRES 1985, 14).

Die nachfolgenden gesammelten Hinweise auf geschlechtsspezifische Differenzen in Motivkonstellationen sind daher mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.⁴⁾

Insgesamt bestehen nur geringe Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen bzw. Frauen und Männern. In der bayrischen Untersuchung gaben mehr weibliche als männliche Befragte zwischen 12 und 24 Jahren an, aus Streß zu rauchen (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 108; vgl. DOUBRAWA 1980). Nach LOPEZ (1983) ist der soziale Druck und die Suche nach Konformität in der rauchenden Bezugsgruppe für Mädchen ein wichtigeres Motiv zu rauchen als für Jungen (a.a.O., 100).

In einer Erhebung der BZGA werden die Altersgruppen detaillierter aufgeschlüsselt, als es die pauschale Zusammenfassung "12 bis 24 Jahre" vorsieht (BZGA 1982; hier Tab.44 ; allerdings lassen die niedrigen Fallzahlen nur eingeschränkte Schlüsse zu.). Dabei sind geschlechtsspezifische Unterschiede in der Nennung von Motiven für das Rauchen fast nur in der Altersgruppe der 12- bis 13jährigen zu beobachten. Bis auf das Motiv "Weil ich ohne Rauchen an Gewicht zunehmen würde" nivellieren sich die Einstellungsunterschiede zwischen den Geschlechtern in den folgen-

den Altersgruppen. Dies kann als Beleg dafür gewertet werden, daß v.a. die Phase der Initiation unter geschlechtsspezifischen Aspekten zu betrachten ist, wohingegen nach der Gewöhnungsphase eine gewisse Angleichung und ein Übereinstimmen im Antwortverhalten stattfindet.

Die zitierte Untersuchung liefert ebenfalls einen Hinweis dafür, daß in der Altersgruppe bis 17 Jahren das Antwortverhalten mehr von Geschlechtsrollen- und Raucherklischees als von genuinen Motiven des Rauchens beeinflusst ist: Mädchen gaben mehr als Jungen an, nicht zu rauchen, weil ihnen dann immer die Augen brennen/tränen und weil man davon eine unschöne Haut bekommt. Mehr Jungen als Mädchen (12-13, 14-17) gaben an, nicht zu rauchen, weil es ihnen verboten ist und (14-17 und 18-20 Jahre), weil es zu teuer sei. Eine mögliche Interpretation besagt, daß Geldmangel und Verbote "legitime" Gründe für Jungen sind, nicht zu rauchen, und daß sie diese Gründe bemühen müssen, um nicht in den Geruch der Feigheit zu geraten (vgl. Tab.45).

Die Konsumanteile von Raucher/innen unter Mädchen und Jungen nähern sich an. Zwar fangen heute nicht weiterhin zunehmend mehr Mädchen an zu rauchen, aber sie hören damit seltener auf. Die Konsummuster gleichen sich auch qualitativ an: Mädchen gehen zunehmend zum regelmäßigen Rauchen über. Allein die strikte Festlegung von Mädchen auf Filterzigaretten und die Ablehnung vom "harten" Tabak (Pfeife, Selbstgedrehte, Zigarillos und Zigarren) unterscheidet die Geschlechter in der Art, wie sie rauchen. Die phasenspezifische Biographie (spielerischer Kontakt, Initiation, Habitualisierung) verläuft für beide Geschlechter mit entsprechenden Konsumanlässen und -orten ähnlich; Mädchen betonen das passive Element ihrer Raucherfahrung. Es gibt einige Hinweise, daß die Zigarette eine Bedeutung im sozialisatorischen Kontext für beide Geschlechter besitzt, diese Bedeutung sich aber im einzelnen zwischen den Geschlechtern unterscheidet.

5. KONSUM ILLEGALER GENUSS- UND RAUSCHMITTEL

5.1 Drogenbegriff und problematische Datenlage

Der Begriff "illegale Droge" wird in den hier diskutierten Untersuchungen nicht einheitlich verwendet. Die Länderstudie des BMJFG erhob die verwendeten Substanzen anhand einer Liste, die bis zu 67 Mittel enthielt, z.B. die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegenden Stoffe wie Haschisch, Heroin, LSD, Kokain etc., sowie andere Stimulantien, Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel und Schnüffelstoffe. Wir werden jeweils angeben, auf welche Rauschmittelgruppe sich die Verbrauchsdaten beziehen.

Aus forschungspraktischen Gründen und inhaltlichen Erwägungen trennen wir zwischen illegalen Drogen und psychotropen Medikamenten (die um ihrer die Befindlichkeit und Wahrnehmung verändernden Wirkung willen eingesetzt werden) einerseits und Nikotin und Alkohol andererseits. Damit begeben wir uns in einen Gegensatz zu Autoren, die im Dienste einer Akzentuierung des allen genannten Stoffen gemeinsamen Gefährdungs- und Abhängigkeitspotentials sich gegen eine solche Trennung aussprechen (BZgA 1982, 2; VOGT 1985, 4f).

Unser Begriff von "Konsum illegaler Drogen" umfaßt sehr heterogene Verhaltensweisen: Von dem von Jugendlichen überwiegend akzeptierten Rauchen von Haschisch (HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 68) über die "heimliche Sucht" nach Aufputzmitteln bis zum Fixen "harter" Stoffe oder Schnüffeln von Lösungsmitteln. Diese Mittel stehen jeweils in einem eigenen soziokulturellen Kontext, unterscheiden sich in bezug auf Akzeptanz, Bedeutung, Konsumrituale, Konsummotive etc. (vgl. SCHENK 1980). Das Spektrum der aufgezählten Suchtstoffe unterliegt zudem einem sozialen Wandel: So wurde z.B. von 1980 zu 1984 bei der bayrischen

Untersuchung (JUGEND FRAGT JUGEND, 1986) der Bereich der Schnüffelstoffe zusätzlich in die Untersuchung aufgenommen. Da es uns um die Einbindung von Konsummustern in die Alltagspraxis von Mädchen geht, ist es wichtig, der Verschiedenheit der Konsumkontexte der diversen Rauschmittelgruppen wenigstens insoweit Rechnung zu tragen, als wir zwischen "harten" Drogen (Heroin, Kokain, Opiate, LSD) und "weichen" Drogen (Marihuanaprodukte) dort unterscheiden, wo es die Datenlage möglich macht. Auf die psychotropen Substanzen, die in Form von Medikamenten eingesetzt werden, wird gesondert im Abschnitt "Medikamentenkonsum" eingegangen (vgl. III, 6).

Das vorhandene Material, aus dem wir Aussagen zum Konsum illegaler Drogen bei Mädchen gewinnen können, ist mager und das Bild daher in vielen Facetten eher undeutlich. Verglichen mit der Datenlage z.B. zum Alkoholkonsum ist dies weniger der Tatsache geschuldet, daß das untersuchte Verhalten als genuin männliches betrachtet wird und geschlechtsspezifische Unterschiede in Erhebung oder Interpretation übergangen werden. Die gravierenden Probleme sind vielmehr methodischer Art.

Ein erstes allgemeines - geschlechtsunspezifisches - Problem besteht darin, daß der Konsum von illegalen Drogen ein abweichendes Verhalten darstellt und somit einer starken Tabuisierung, Kriminalisierung und sozialer Sanktionierung unterliegt. Damit stellt sich das Problem der Messung dieses abweichenden Verhaltens: Die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungen können nur vage validiert werden, weil sozial erwünschtes und selektives Antwortmanagement, das Problem des "Vergessens" etc. die Daten verzerren. Die Unterschiedlichkeit, mit der in den herangezogenen Untersuchungen durch spezifische Designs dieses Problem zu lösen versucht wird, erschwert die Vergleichbarkeit der Daten untereinander. Unterschiedliche Erhebungstechniken führen ebenso wie Interviewereffekte zu stark unterschiedlichen Ergebnissen (zur

kritischen Übersicht: REUBAND 1976).

Die Vergleichbarkeit der Daten wird ebenfalls eingeschränkt durch die unterschiedliche "Drogendefinition" und Konsumgruppen-Einteilung (etwa nach Prävalenz, Inzidenz, Höhe, Aktualität etc.).

Das zweite Problem betrifft vor allem die Datenlage zum Drogenkonsum von Mädchen. Je nach Untersuchungsinteresse werden verschiedene Gruppen gebildet, z.B. nach der Droge selbst, sowie nach motivationalen Aspekten, Gefährdungsgraden, Verlaufsmustern, Abhängigkeitsgraden etc. (vgl. VOLLMOELLER 1982, 68). Der Prozentsatz Jugendlicher, die illegale Drogen konsumieren, ist nun aber insgesamt so gering, daß eine weitere Differenzierung nach Alter, Schicht und Geschlecht als wesentlichen Variablen sehr schnell so geringe Fallzahlen in den einzelnen Feldern sammelt, daß statistische Aussagen kaum noch möglich sind (vor allem bei unselegierten Normalpopulationen). Die quantitativen Erhebungen widmen in ihren Fragestellungen der Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit wenig Aufmerksamkeit; entsprechend zielen sie auf die Bildung anderer Vergleichsgruppen als solcher nach Geschlecht. Eine gesonderte Auswertung nach Mädchen und Jungen wird in der Regel nicht vorgenommen. So finden sich bei dem insgesamt sehr umfangreichen Material zum Konsum illegaler Drogen und zur Entstehung von Drogenabhängigkeit (vgl. SEIFERT-SCHRÖDER 1983) kaum Anhaltspunkte zu Mädchenspezifischen Konsummustern.

5.2 Allgemeine und geschlechtsspezifische Verteilungstrends

Die Trendanalyse der BZGA stellt eine Stabilisierung des Drogenkonsums (incl. unspezifisch Alkohol und Nikotin) unter Jugendlichen fest; die Anzahl der aktuellen Konsumenten hat sich bis 1982 leicht erhöht (BZGA 1982; hier: Tab. 46). Für Bayern, für das ebenfalls eine Zeitreihenuntersuchung vorliegt, wurde 1980 bei allgemeiner Stagnation ein Rückgang

unter den jüngeren Konsumenten (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 66) und 1984 unter den starken Drogenmißbrauchern ausgewiesen (ohne Alkohol und Nikotin; Substanzen wie beim BMJFG, s.o.; JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 61; hier: Tab.47). "Die erwartete Ausweitung, die den Drogengebrauch zu einem üblichen Verhaltensmuster in bestimmten Altersgruppen macht, ist ausgeblieben." (REUBAND 1986, 99).

HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF (1985; Erhebung: 1977/78) stellten in Zürich in bezug auf Heroin bzw. Opiate eine Gefährdung von immer jüngeren Altersgruppen fest: Die jüngeren Jahrgänge hatten eine positivere Einstellung zu Heroin als die älteren (a.a.O., 69). In einer ausführlichen Sekundäranalyse stellte LANGE dagegen 1984 heraus, daß "...die Heroinszene bei der nachwachsenden Generation erheblich an Attraktivität eingebüßt hat." (LANGE 1984, 281). Die Neueinstiege verteilen sich seinen Angaben zufolge auf alle Altersgruppen (unter 23 Jahre, 23 bis 26 Jahre, über 26 Jahre).⁵⁾

Nach HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF (1985) sind die Geschlechter in der Gruppe der Probierer annähernd gleich verteilt; mit wachsender Konsumintensität klaffen dann die Konsumanteile zunehmend auseinander (a.a.O., 42). In Baden-Württemberg wurde 1978 festgestellt, daß mit zunehmendem Alter der Befragten die Differenz der Geschlechteranteile an den Drogenkonsumenten größer wird: In der Gruppe der 12- bis 17jährigen betrug das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Rauschmittelkonsumenten 4% zu 3%, in der Gruppe der 25- bis 29jährigen 20% zu 4% (BADEN-WÜRTTEMBERG 1980, 54). Für den Zeitraum 1978-81 belegte die Länderstudie des BMJFG (1983) konstant und eindeutig einen höheren Konsumanteil der Jungen bzw. Männer (a.a.O., 56: 11% der Jungen zwischen 12 und 24 Jahren standen 8% Mädchen gleichen Alters gegenüber). Eine ähnliche Differenz gab es sowohl bei Probierern als auch bei starken Drogenkonsumenten und einer gesondert definierten "Extremgruppe".

In neuesten Untersuchungen für Berlin und Bayern zeichnet sich als Trend das Verschwinden der Differenzen zwischen den Geschlechteranteilen ab. In Berlin befanden sich unter den aktuellen Drogenkonsumenten (incl. psychotrope Medikamente wie Tranquilizer, Amphetamine, etc.) nur 3% mehr Jungen als Mädchen (GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 384). Für Bayern wurde festgestellt: "In der Erhebungen der Jahre zuvor überwogen unter den Drogenmißbrauchern die männlichen Befragten. Sie stellten jeweils etwa zwei Drittel. 1984 hat sich hier eine bedeutsame Veränderung ergeben. Es ist kaum noch ein Unterschied in dem Anteil weiblicher und männlicher Drogenmißbraucher wahrnehmbar. 53% sind männlich, 47% weiblich." (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 62; Hervorhebung von uns). Es bleibt abzuwarten, ob dieser Trend durch andere Untersuchungen bestätigt wird. SILBEREISEN/KASTNER (1985) sprechen von einer zunehmenden "Nivellierung der Differenzen" zwischen geschlechtsspezifischen Konsumanteilen bei illegalen Drogen und verweisen dabei auf US-amerikanische Studien der 70er und 80er Jahre (a.a.O., 169). Eine Übersicht über die Anteile drogenkonsumierender Jugendlicher nach Geschlecht findet sich in Tabelle 41.

Für den Lösungsmittelmisbrauch geben deutsche Untersuchungen (gleichlautend mit amerikanischer Literatur bis 1973) bis 1980 ein Überwiegen der männlichen Kinder und Jugendlichen im Verhältnis von 10:1 bis 20:1 an. Neuere bundesdeutsche Untersuchungen konstatieren allerdings eine Geschlechterverteilung von Jungen zu Mädchen in der Größenordnung von 5,7:1 bzw. bei "Heroinabhängigen mit Schnüffelerfahrung" von 4:1 (THOMASIVS 1986).

Bezogen auf die 'harte Droge' Heroin ist ein Verhältnis von Jungen zu Mädchen in Höhe von 2:1 anzunehmen. In Berlin stellten SKARABIS/PATZAK bei einer methodisch überaus anspruchsvollen Analyse bis 1979 einen "überlinear" steigenden Frauenanteil fest, der 1979 34,4% erreichte (SKARABIS/PATZAK 1981, 164).

Bezogen auf die Verteilung des Drogenkonsums in den

verschiedenen Sozialschichten (meist erhoben über den Beruf des Vaters) wurde ein Ausgleich des Schichtgefälles konstatiert: die höheren Konsumanteile von Jugendlichen aus Ober- und Mittelschicht lassen sich nur noch tendenziell nachweisen (BMJFG 1983, 55; JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 62). Möglicherweise trifft diese Nivellierung wesentlich für die soziale Herkunft männlicher Jugendlicher zu: nach SIEBER/ANGST (1981) galt der Zusammenhang zwischen höherem Sozialstatus und dem Konsum von Cannabis 1971 noch für beide Geschlechter und 1978 für Jungen nicht mehr, wohl aber noch für Mädchen.

Bezogen auf die harte Droge Heroin stellten SKARABIS/PATZAK (1981) fest, daß Heroinerfahrene überdurchschnittlich (im Vergleich zur Normalpopulation) häufig Väter haben, die ungelernete Arbeit verrichten oder kleine Angestellte sind. Die Forschergruppe TUDROP (1984) fand keine Belege für diese "Proletarisierungsthese" bzw. den "Proletarisierungstrend", die besagen, daß überwiegend bzw. zunehmend mehr Jugendliche aus sozial schlechter gestellten Familien von der Gefahr der Heroinabhängigkeit betroffen sind. Sie stellte stattdessen einen Prozess "sekundärer Proletarisierung" und sozialer Verelendung im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum fest (a.a.O., 380f).

Im Zuge der beschriebenen Verelendung fallen die Schulabschlüsse von Heroinabhängigen niedriger aus - dabei bleibt offen, ob dies Ursache oder Folge des Heroinkonsums ist. Unter Berücksichtigung der Altersabhängigkeit der Drogenkonsumentenquoten in verschiedenen Schultypen - die ja verschiedene Altersgruppen als Schülerjahrgänge erfassen -, kamen Untersuchungen Ende der 70er Jahre zu einem Zusammenhang zwischen höherer Schulbildung und Drogen- (bzw. Cannabis-)konsum (HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF, 1985, 44). SIEBER/ANGST (1981) fanden diesen Zusammenhang 1978 nur noch für Mädchen. Heutige Daten belegen vor allem einen höheren Anteil Drogenerfahrener bei Berufsschülern als dem

Alter entsprechend zu erwarten ist (BMJFG 1983, 55; GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 384). Für Gymnasiasten/innen wurde dagegen ein Rückgang des Konsums konstatiert (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 62). In Berlin hatten sie im Alter von 16 bis 17 Jahren ebenso wie gleichaltrige Realschüler am seltensten Drogenkontakte gehabt (GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 384). Arbeitslose haben insgesamt - verglichen mit allen anderen Gruppen - am häufigsten (auch aktuelle) Erfahrungen mit Drogen (BMJFG 1983, 55; JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 62); Arbeiter und Studenten konsumieren illegale Drogen häufiger als Angestellte.

5.3 Geschlechtsspezifische Konsumpräferenzen, Verbrauchsmuster und "Drogenkarrieren"

Aus den Daten des BMJFG (1983) für den gesamten Bereich illegaler Drogen ließ sich nicht ablesen, daß zunehmend jüngere Altersgruppen Drogenerfahrungen machen (a.a.O., 53); in Berlin wurde ein Anstieg des Einstiegsalters festgestellt (TUDROP 1984, 379). Speziell für den Haschischkonsum belegen verschiedene Daten, daß sowohl Erst- als auch regelmäßige Konsumenten immer jünger werden (BZGA 1983, nach TOSSMANN 1985, 68). Für Opiatabhängige dagegen verwarf LANGE (1984) die "Verjüngungsthese" anhand eines 14-Jahres-Vergleichs.

Einigkeit besteht allerdings - soweit Angaben vorliegen - darüber, daß Mädchen beim Erstkontakt mit illegalen Drogen in der Regel jünger sind als Jungen (für Heroin: TUDROP 1984, 380; hier: Tab. 48 ; vgl. PULS-THORBURN 1983, 302; SKARABIS/PATZAK 1981, 118). Die Altersabhängigkeit der Häufigkeit, mit der Mädchen und Jungen Cannabis nehmen, ist dargestellt in Abb. 49 .

Art und Motive des Erstkontaktes unterschieden sich nach Geschlecht: Mädchen werden Drogen häufiger durch Personen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis im vertrauten sozialen

Umfeld angeboten (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 74, HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 38). Als Motive des Erstkontaktes mit der Droge geben 12- bis 24jährige Mädchen häufiger als gleichaltrige Jungen Neugier an, letztere umgekehrt häufiger "seelische Betäubung" (BMJFG 1983, 73). Bezogen auf die harten Drogen wurde bisher jenem in Sozialarbeiter-Kreisen wohlbekannten Phänomen des "Anfixens" nicht nachgegangen: damit ist gemeint, daß speziell bei Mädchen der erste Konsum "harter" Drogen über persönliche Bindungen zustande kommt ("Der Drogenabhängige fixt seine Freundin an": DEISSLER 1983, 52.). Dies ist bei Jungen bislang nicht beobachtet worden.

Auch in der Wahl der Mittel gibt es Differenzen: Mädchen verwenden häufiger psychotrope Medikamente (Tranquillizer und Amphetamine, Beruhigungs- und Aufputzmittel) (GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 383; HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 47); bei Jungen ist der Konsum von Cannabis, Halluzinogenen und Opiaten höher als der der Mädchen. Mädchen schlucken und schnupfen eher, Jungen sind bei den Konsumformen Rauchen und Schnüffeln stärker als Mädchen vertreten (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 73; vgl. Tab.50).

Das von HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF (1985) in ihrer empirischen Erhebung konstruierte Kontinuum von Drogen-
distanz (Nichtkonsumenten mit niedrigem Interesse an Drogen
- interessierte Nichtkonsumenten - leichte Konsumenten -
schwere Konsumenten) ermöglicht es, Übergänge vom Nichtkon-
sumenten zum Konsumenten deutlicher empirisch zu überprüfen.
Eine Diskriminanzanalyse ergab, daß das Geschlecht (nach dem
Zigarettenrauchen) zweitwichtigster Diskriminanzfaktor zwi-
schen interessierten Nichtkonsumenten und leichten Konsumen-
ten ist. Die Autoren zogen daraus den Schluß: "Aus
männlichen Jugendlichen, die sich für Drogen interessieren,
dürften eher leichte Konsumenten werden als aus weiblichen."
(HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 161). Als Hemm-
schwellen lassen sich auch zwei weitere Tatsachen interpre-

tieren: in derselben Untersuchung waren weibliche Jugendliche gegenüber Haschisch etwas weniger positiv eingestellt als männliche (die Einstellung war allerdings auch bildungs- und altersabhängig); außerdem schätzten weibliche Jugendliche Drogen generell als etwas gefährlicher ein als männliche Jugendliche (mit Ausnahme der Opiate, die von beiden für gefährlich gehalten werden; a.a.O. 69ff). Auf der anderen Seite durchlaufen Frauen dann, wenn diese Hemmschwelle überschritten ist und sie sich auf die kumulative Karriere Zigaretten - Cannabis - Heroin einlassen, diese Sequenz schneller als Jungen (TUDROP 1984, 385).

Auf einen weiteren Aspekt geschlechtsspezifischer Verlaufsmuster des Konsums illegaler Drogen weist MAYER (1984) hin: Frauen suchen einerseits häufiger eine Therapie auf, befinden sich andererseits zu einem höheren Anteil unter den Therapieabbrechern.

Zusammenfassend gilt: früher waren Jungen in wesentlich stärkerem Maß Konsumenten von illegalen Drogen als Mädchen. Es gibt aber verschiedene Hinweise darauf, daß die Differenzen zwischen den geschlechtsspezifischen Konsumentenanteilen in jüngster Zeit verschwinden. Dieser Trend muß aber noch bestätigt werden. Eine präzise Beschreibung des Konsumverhaltens von Mädchen ist durch das Fehlen von nach Geschlecht differenzierenden Daten eingeschränkt. Ebenso läßt sich die erforderliche Unterscheidung zumindest zwischen harten und weichen Drogen bei der gegebenen Datenlage nicht in gewünschtem Maß vollziehen.

Mädchen, die illegale Drogen konsumieren, beginnen damit in jüngerem Alter als Jungen; Erstkontakte finden häufiger im vertrauten Kreis statt. Mädchen haben eine höhere Hemmschwelle, von Cannabis auf harte Drogen umzusteigen. Wenn sie dies tun, ist aber die Zeitspanne, in der diese Karrieresequenz durchlaufen wird, kürzer als bei Jungen.

6. MEDIKAMENTENKONSUM

6.1 Forschungsmethodische Vorbemerkung

Im Bereich des Medikamentenkonsums sind präzise Definitionen des jeweils zur Diskussion stehenden Konsumverhaltens notwendig, sollen die Aussagen nicht beliebig (verwertbar zur Dramatisierung oder Verharmlosung) werden. Zu unterscheiden ist zwischen dem Konsum verordneter und nicht verordneter, rezeptpflichtiger oder -freier Medikamente; die Einnahme im Rahmen einer adäquaten Selbstmedikation aufgrund eines Erfahrungswissens ist zu trennen etwa von der Einnahme mit der Intention der Rauscherzeugung; Abhängigkeiten sind gesondert zu betrachten. Es ist anzugeben, was unter Mißbrauch verstanden wird und ob das Fehlen einer ärztlichen Verordnung oder das Fehlen einer ärztlichen Indikation ("medizinisch nicht gerechtfertigte Einnahme") als einzige Kriterien genommen oder/und Dosierungshöhe und Einnahmehäufigkeit miteinbezogen werden. Die verschiedenen Medikamentengruppen stehen in einem völlig unterschiedlichen Verwendungskontext. Psychopharmaka, deren Sinn nach VOGT (1985) darin liegt, unangemessene Empfindungen und Beunruhigungen unter Kontrolle zu bekommen, sind unter anderen Fragestellungen zu betrachten als Medikamente, die ohne psychoaktive Effekte somatische Prozesse steuern. Abgrenzungen sind oft schwierig. Partiiell überschneiden sich die Bereiche "Medikamentenkonsum" und "Konsum illegaler Rauschmittel" ebenso wie "Medikamentenkonsum" und "Gewichtsmanipulation" oder "Schmerzverhinderung" etc.

6.2 Allgemeine und geschlechtsspezifische Verteilungstrends

In den Trendanalysen wird ein Rückgang der Medikamentenerfahrung (=: "schon einmal genommen/ausprobiert") bei Jugend-

lichen festgestellt (BZgA 1983, 15; JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 95 / 1986, 101; vgl. Tab. 51 und 52). Vor allem Mädchen nehmen weniger Medikamente ein als noch 1976 und 1980. Dieser Rückgang stellt sich im wesentlichen dar als drastisch verminderte Einnahme von Schmerzmitteln (BZGA 1983, 15).

Trotz der aufgezeigten Entwicklung gilt nach wie vor:

- mehr Mädchen als Jungen nehmen Tabletten;
- mehr Mädchen als Jungen greifen regelmäßig zu Mitteln;
- Schmerzmittel sind bei Jugendlichen insgesamt die am häufigsten verwendete Medikamentengruppe;
- mehr Mädchen als Jungen greifen zu Schmerzmitteln (s.u. und vgl. Tab. 54 und Abb. 55).

Zur schichtspezifischen Ausprägung von Konsummustern liegen uns nur wenige - und zusätzlich nach Geschlecht differenzierende keine - Daten vor. Die bayrische Untersuchung (JUGEND FRAGT JUGEND 1986) stieß nicht auf bedeutsame Unterschiede zwischen den Sozialschichten in der Frage des Medikamentenkonsums (a.a.O., 104). Von denen, die ohne Verordnung Medikamente einnahmen (Selbstbehandler), stammte ein größerer Anteil aus der unteren Sozialschicht; andererseits ist der Anteil der Befragten, die regelmäßig Medikamente ohne Verordnung von ihren Eltern verabreicht bekamen, in der Oberschicht an höchsten (ebenda; vgl. BMJFG 1983, 83). Selbstmedikation, z.T. auch regelmäßig, findet sich am häufigsten bei Arbeitslosen, Angestellten, Beamten und Studenten. Hauptschüler und Jungarbeiter bekommen Medikamente seltener vom Arzt verschrieben.

6.3 Geschlechtsspezifische Entwicklung des Konsums

Viele Kinder machen bereits in sehr jungem Alter die ersten Medikamentenerfahrungen. Daher lohnt es sich - um die Entwicklungsdynamik des Medikamentenkonsums zu begreifen -

jüngere Altersgruppen miteinzubeziehen. Aus der Analyse ärztlicher Verschreibungspraxis (SICHOVSKY 1984, 92) ergab sich, daß männliche Babies und Kinder bis 12 Jahre mehr Medikamente verschrieben bekamen als gleichaltrige Mädchen (Tab. 53). Die Rate der den Mädchen verordneten Psychopharmaka steigt mit dem Alter, so daß sie im Lebensalter von 12 Jahren nicht nur die der Jungen einholt, sondern sukzessive die Konsumdifferenz auf das Doppelte anwachsen läßt. Die Konsumspitze bei Psychopharmaka insgesamt liegt bei den 18- bis 24-jährigen Frauen (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 101). Der Übergang von der Schule in die berufliche Ausbildung bzw. den Beruf scheint kaum einen Einfluß auf den Medikamentenkonsum zu haben (Tab. 54)

6.4 Geschlechtsspezifische Präferenzen für Präparategruppen/Einnahmemuster

Mädchen bekommen häufiger Schmerztabletten verordnet. In Bayern wurden 11% der 12- bis 17jährigen Mädchen diese Mittel verordnet gegenüber 6% der gleichalten Jungen (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 101; für die Altersgruppe der 18- bis 24jährigen näherten sich die Daten an: 10% der Mädchen und 9% der Jungen nahmen Schmerzmittel auf Verordnung hin ein). Mädchen greifen aber auch insgesamt (mit/ohne Verordnung) häufiger als Jungen zu Schmerztabletten (BZgA 1983, 15; vgl. Abb. 55) und ebenso häufiger zu Beruhigungsmitteln. Dasselbe gilt für die Einnahme von Vitamintabletten (nicht bestätigt für 16- bis 17jährige Berliner Schüler/innen: GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 387). Bei den Schlaf- und Stärkungsmitteln fand sich ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis, während Jungen mehr Aufputzmittel einnehmen (Tab. 56 ; vgl. HORNING/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 47; dort wird dem Konsum der von den Mädchen präferierten Präparategruppen der höhere Konsum von Opiaten und Cannabis seitens der Jungen gegenübergestellt. Der Unterschied im

Konsumverhalten sei bei den Amphetaminen am geringsten).

Bezogen auf die Einstellung zu Medikamentenkonsument haben sich die - noch 1982 festgestellten; vgl. Tab.54 - Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei der Zustimmung zu dem Statement "Ich brauche ab und zu ein Medikament, um leistungsfähig zu sein" nivelliert (vgl. Tab.57).

Parallel zum allgemeinen Rückgang des Medikamentenkonsument wird ein Anstieg bei einer neuen Form des Mißbrauchs beobachtet: der Manipulation des Nahrungsaufnahme- und Ausscheidungsrhythmus. In Bayern nahmen 1980 2% aller Jugendlichen Abführmittel ohne ärztliche Verordnung, 1984 waren es bereits 4% (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 101). "Durch die kombinierte Einnahme von Anregungsmitteln/Appetitzüglern einerseits und von Abführmitteln andererseits kann zugleich ein dringhaftes EBverlangen gestoppt und die Ausscheidung der Nahrung beschleunigt werden. Abführmittel werden von 5% der weiblichen Jugendlichen (gegenüber 1% der männlichen) verwendet. Die kombinierte Einnahme von Anregungsmitteln/Appetitzüglern und Abführmitteln findet sich bei 1% der 12 bis 17jährigen weiblichen Jugendlichen und bei 2% der weiblichen Jugendlichen zwischen 18 und 24 Jahren." (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 97).

6.5 Medikamentenkonsument und Gesundheit/Gesundheitskonzept

Die Beschreibung des geschlechtsspezifischen Medikamentenkonsument zeigt eine auffallende Parallelität zu der Entwicklung des geschlechtsspezifischen Gesundheitszustandes und der Krankheitsprävalenzen: Als Kinder (d.h. bis 12 oder 15 Jahren) sind Jungen von verschiedensten Krankheiten stärker betroffen als Mädchen (vgl. II, 2). In eben diesem kindlichen Alter bekommen sie häufiger Psychopharmaka (vor allem Schmerz- und Beruhigungsmittel) verschrieben. Bei Jugendlichen kehren sich die Verhältnisse in beiden Be-

reichen, Gesundheit und Medikamentenkonsum, um: Mädchen ab 15 Jahren sind häufiger krank und klagen vor allem über psychosomatische Störungen ihrer Befindlichkeit; in diesem Alter beginnen sie auch, den Jungen bezogen auf die Verordnung von Schmerzmitteln etc. den Rang abzulaufen. Diese Verschiebung der generellen Problemgruppen von Jungen auf Mädchen gibt Anlaß zu dem Schluß, daß im fraglichen Alter zwischen 12 und 16 Jahren gravierende Entwicklungsunterschiede zwischen Jungen und Mädchen bestehen, was die Veränderung des Körpers und den Umgang mit ihm bzw. Gesundheit angeht. Zum zweiten wird deutlich, daß ein wesentlicher Zusammenhang zwischen Medikamentenkonsum und Gesundheitszustand besteht (vgl. auch BMJFG 1983, 83 ; die wenigen Hinweise auf diesen Zusammenhang, der auch den Zusammenhang zwischen Menstruation und Schmerzmittel umfaßt, tragen wir in V.5 zusammen.). Zum dritten ziehen wir die Konsequenz, daß bei Mädchen der Medikamentenkonsum und das Auftreten psychosomatischer Erkrankungen gerade wegen des Zusammenhangs zwischen beiden als zwei verschiedene Manifestationen eines umfassenden zugrundeliegenden Gesundheitskonzeptes aufzufassen sind (vgl. VOGT 1985, 182f; siehe auch S.82; entsprechend wird der Medikamentenkonsum in Teil V, der ansonsten die Gliederungsstruktur dieses Teiles II wiederholt, unter "Gesundheits- und Körperkonzepte" abgehandelt.)

Bei diesem Sachverhalt zeigt sich überdeutlich der reduktionistische "Erklärungsnotstand" der gängigen Mißbrauchs- und Abhängigkeitsorientierung der Jugendgesundheitsforschung, die häufig aus dem Spektrum möglicher Einnahmehintergründe von Medikamenten solche herausgescheidet, die als Stimmungsmanipulation in Analogie zur Rauscherzeugung gestellt werden können und solche vernachlässigt, die sich integral auf das Verhältnis zu Gesundheit und Körper beziehen.

Zusammenfassend gilt: Mädchen nehmen nach wie vor häufiger Medikamente - auch regelmäßig und vor allem Schmerzmittel - als Jungen. Dies gilt aber erst ab einem Alter von 15 Jahren. Im Alter bis zu 15 Jahren bekommen Jungen wesentlich häufiger Psychopharmaka verordnet als Mädchen. Es besteht bei Mädchen ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Medikamentenkonsum einerseits und dem Gesundheitszustand (speziell dem Auftreten psychosomatischer Störungen) andererseits, der in einem gemeinsamen Bezug beider Phänomene auf ein zugrundeliegendes geschlechtsspezifisches Gesundheitskonzept geklärt werden muß.

7. ERNÄHRUNG/ESSTÖRUNGEN

7.1 Ernährungsverhalten

Mit der Einbeziehung des Ernährungsbereichs verlassen wir den Rahmen der traditionellen Orientierung der Gesundheitsforschung an den Drogen Alkohol, Zigaretten, illegale Drogen, Medikamente. Damit verändert sich die Struktur der Daten, die zur Verhaltensgenese erhoben wurden: Es geht nicht mehr darum, Konsumenten unterschiedlicher Gefährdungsgrade nach Verhaltensmustern, Konsumsettings und -motiven zu beschreiben; es geht auch nicht mehr darum, biographische Verläufe der Konsumententwicklung zu beschreiben. Die traditionelle Gesundheitsforschung betrachtet Ernährung nicht als Droge, sondern vornehmlich unter dem Aspekt der Über- bzw. Unterversorgung mit lebenswichtigen Substanzen als möglicher Risikofaktor für die Entstehung ernährungsbedingter Krankheiten. Es stehen auch nicht einmal Jugendliche im Brennpunkt der Aufmerksamkeit. Da das Problem wesentlich in älteren Altersgruppen virulent wird, finden sich nur wenig Hinweise auf die spezifische Ernährungslage Jugendlicher.

Es gibt allerdings auch im Bereich der Ernährung ein problematisches, zwanghaftes und damit suchtägliches Verhalten, das sich zu dem durchschnittlichen EBverhalten von Jugendlichen verhält wie der exzessive Alkoholkonsum zum mäßigen Gelegenheitstrinken. Gemeint sind die sog. EBstörungen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas. Diese werden allerdings kaum unter soziologischen Fragestellungen erforscht, sondern werden dem Wissensgebiet der Psychiatrie zugeschlagen.

Aufgrund dieses strukturellen Bruchs können wir in den folgenden Abschnitten die Epidemiologie mädchenspezifischen Verhaltens im Ernährungsbereich nicht analog zu den vorausgegangenen Kapiteln gliedern. Wir werden uns auf das

Referieren jener Belege beschränken, die die besondere Affinität von Mädchen zum 'absichtsvollen' - wobei die Absicht durchaus unbewußt sein kann - Einsatz bestimmter Ernährungsstrategien analog zum 'absichtsvollen' Einsatz von Nikotin, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten verdeutlichen. Eine ausführliche Interpretation erfolgt in V, 6.

Der Verhaltenssektor "Ernährung" besitzt vor allem für Mädchen und Frauen eine besondere Bedeutung. Dies wird im folgenden anhand einiger empirischer Ergebnisse, die einen entsprechenden Zusammenhang belegen, dargestellt.

Ernährung (und Fragen der Figur) interessieren Mädchen mehr als Jungen. Nach dem ERNÄHRUNGSBERICHT (1984) haben weibliche Jugendliche doppelt so häufig wie männliche ein Interesse an Ernährungsfragen bekundet (a.a.O., 127). DOUBRAWA (1978) hatte festgestellt, daß für die von ihm befragte 14- bis 27jährigen Kurpatientinnen Fragen der gesunden Ernährung von Interesse waren, für ihre männlichen Gegenparts aber Fragen des Körpertrainings (a.a.O., 90). BÜLTEMEIER et al. (1984) fassen ihre qualitativen Interviews mit Jugendlichen zusammen: "Die Ernährung scheint für Mädchen generell ein wichtigeres Thema zu sein als für Jungen. Mehrere Mädchen sprachen über Probleme mit ihrer Figur, fühlten sich zu dick und achteten auf kalorienarme Kost oder hatten ein schlechtes Gewissen nach üppigen Mahlzeiten, während männliche Jugendliche eher auf die Selbstregulierungskräfte ihres Organismus vertrauten." (a.a.O., 119). Weibliche Jugendliche kontrollieren wesentlich häufiger als männliche ihr Gewicht (ERNÄHRUNGSBERICHT 1984, 111f); es ist weiterhin anzunehmen, daß das "kollektive Diätverhalten" - damit wird Bezug genommen auf die Tatsache, daß 52% der Jugendlichen bis 18 Jahren bereits Erfahrungen mit Maßnahmen haben, das Gewicht zu reduzieren (ebenda) - wesentlich auf das Konto der Mädchen geht. Mädchen nehmen zudem in höherem Ausmaß als Jungen Appetitzügler und Abführmitteln. Die Einnahme dieser Mittel (bzw.

beider Mittel in Kombination) muß als frauenspezifisches Verhaltensmuster gelten (vgl. S. 60).

Mädchen reagieren stärker als Jungen auf Streß mit veränderter Nahrungsaufnahme. Auf Belastungen (vor allem auf inaktivierenden Streß wie Langeweile etc.) mit vermehrter Nahrungsaufnahme zu reagieren, stellt ein verbreitetes Verhaltensmuster dar; es findet sich jedoch weitaus häufiger bei Mädchen und Frauen als bei Jungen und Männern (Tab. 58; vgl. SCHULTE 1985; auf einen gesamten Vergleich mädchen- und jungentypischer Reaktionsmuster wird ausführlich in Teil V eingegangen). Andere Autoren (nach SCHÜTZE 1980, 82) geben an, daß Mädchen in jugendlichem Alter auf Streß mit Nahrungseinschränkung reagieren (mit Ausnahme Übergewichtiger Mädchen, vgl.S.214). Die beiden als EBstörungen bzw. EBSüchte bezeichneten Krankheitsbilder der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa, die ebenfalls auf psychosoziale Ursachen zu beziehen sind, kommen fast ausschließlich bei Mädchen vor. Auf sie werden wir in den folgenden Abschnitten genauer eingehen.

Für Erwachsene ist detailliert beschrieben worden, in welcher Weise die Ernährungsgewohnheiten sozialschichtgebunden sind (vgl. v.FERBER 1980, 224ff: "soziale Kosttypen"). Der ERNÄHRUNGSBERICHT (1984) belegt aber, daß keine hohe Übereinstimmung zwischen Geschmackspräferenzen von Kindern und ihren Müttern bestehen (a.a.O., 124). Jugendliche, gleich welchen Geschlechts, unterscheiden sich von ihren Eltern deutlich in der Bevorzugung von "fast food", wobei vor allem die gesellige und lockere Atmosphäre unter Gleichaltrigen, in der gegessen wird, für sie wichtig ist.

7.2 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa - auch "Pubertätsmagersucht" genannt, was dem typischen Zeitpunkt der Erkrankung besser Rechnung trägt

- tritt in den letzten beiden Jahrzehnten vermehrt auf (vgl. GUTEZEIT 1983). Der "dramatische Anstieg" (GUTEZEIT 1981, 178) betrifft vor allem die "Risikopopulation" der 14- bis 25jährigen Mädchen. Für uns ist diese Krankheit, auch wenn sie in absoluten Zahlen keine weite Verbreitung findet, deshalb von besonderem Interesse, weil es sich einerseits um ein jugendspezifisches und andererseits um ein mädchenpezifisches Phänomen handelt.

Das Krankheitsbild ist heterogen; auffälligstes Merkmal des fortgeschrittenen Stadiums ist die bedrohliche Abmagerung der Patientin als Folge veränderter Essgewohnheiten. In der Literatur wurden verschiedene Versuche einer diagnostischen Abgrenzung und Subklassifizierung vorgenommen (Abgrenzung gegenüber Schizophrenie oder Depression, Unterteilung in "hysterische", "zwanghafte", "schizoide", sekundäre und primäre Formen etc.; vgl. GUTEZEIT 1981, 179f). Heute besteht weitgehend Einigkeit darüber, Anorexia nervosa anhand des von FEIGNER et al. (1972) aufgestellten Kriterienkataloges zu diagnostizieren, der den Gewichtsverlust ebenso berücksichtigt wie das Essverhalten, das Fehlen einer organischen bzw. einer anderen psychischen Krankheit sowie das Auftreten bestimmter Symptome.

Aufgrund der bisherigen Begriffsvielfalt und der unsicheren Diagnostik liegen Prävalenzdaten nur spärlich vor. Angaben (vor allem aus amerikanischem Raum) sprechen von einer Prävalenz von 1% bei 16- bis 18jährigen Collegestudentinnen; Tänzerinnen stellen mit einer Prävalenz von 28% die bedeutendste Risikogruppe dar (GUTEZEIT 1983, 15). Die Inzidenz beträgt nach der Sekundäranalyse von MEESE/WIGBERS (1979) zwischen 1 und 5 Fälle auf 1 Mio. Einwohner bzw. zwischen 15 und 75 Fälle auf 100.000 Personen der 14- bis 25jährigen Mädchen (a.a.O., 10). Das Verhältnis von männlichen zu weiblichen an Anorexia Erkrankten beträgt in verschiedenen Stichproben im groben Schnitt zwischen 1:10 (SCHÜTZE 1980, 40) und 1:20 (MEESE/WIGBERS 1979, 11).

Diagnostische Kriterien von FEIGNER et al. (1972)

1. Krankheitsbeginn vor dem 25. Lebensjahr.
2. Anorexia mit einem Gewichtsverlust von mindestens 25% des früheren Körpergewichts.
3. Verzernte, nicht korrigierbare Einstellung zu Essen, Nahrung oder Gewicht, die trotz Hunger, Ermahnung, Bekräftigung oder Drohung weiterbesteht.
Hierzu gehören:
 - a) Krankheitsverleugnung und fehlendes Erkennen des notwendigen Kalorienbedarfs.
 - b) Anscheinende Freude am Gewichtsverlust mit deutlichen Anzeichen dafür, daß die Nahrungsverweigerung als angenehm oder als Zeichen von Charakter- bzw. Willenstärke erlebt wird.
 - c) Ein Körperidealbild von extremer Schlankheit mit eindeutigen Anzeichen dafür, daß das Erreichen bzw. Halten dieses Zustandes vom Patienten unbedingt erwünscht wird.
 - d) Ungewöhnliches Horten und Umgehen mit Nahrung.
4. Keine organische Erkrankung, auf die die Anorexia und Gewichtsverlust zurückgeführt werden können.
5. Keine andere psychiatrische Erkrankung, insbesondere keine endogene Depression, Schizophrenie, Zwangsneurose oder Phobie (...).
6. Mindestens zwei der folgenden sechs Symptome sollten vorhanden sein:
 - Amenorrhoe (obligatorisch)
 - Lanugobehaarung
 - Bradycardie
 - Perioden körperlicher Hyperaktivität (vor allem im Anfangsstadium)
 - Heißhungeranfälle mit Freßattacken (Bulimie)
 - Erbrechen (gegebenenfalls selbstinduziert) oder Benutzen von Abführmitteln.

In den Herkunftsfamilien magersüchtiger Mädchen herrschen überwiegend mittlere bis höhere Einkommensverhältnisse (GUTEZEIT 1983, 79).

7.3 Bulimia nervosa

Obwohl es Überschneidungen zwischen dem Krankheitsbild der Anorexia nervosa und dem der Bulimia nervosa gibt (oft stellt sich Bulimie bei mißglückter Anorexie-Therapie ein; auch bei der Anorexie kommen bulimische Episoden vor), hat die American Psychiatric Association 1980 die Bulimia nervosa als selbständiges Krankheitsbild aufgenommen mit den hier angegebenen diagnostischen Kriterien.

Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa (DMS III; zitiert nach PAUL 1985 , 138)

1. Wiederkehrende Episoden von Heißhungerattacken (rascher Verzehr großer Nahrungsmengen in einer bestimmten Zeitspanne, gewöhnlich weniger als zwei Stunden).
2. Mindestens 3 der folgenden Verhaltensweisen:
 - Aufnahme hochkalorischer, leicht verzehrbare Nahrungsmittel während einer Heißhungerattacke.
 - Heimliches Essen während einer Heißhungerattacke.
 - Beendigung einer solchen Essensepisode durch Magenschmerzen, Schlaf, selbstinduziertes Erbrechen oder Störung durch Dritte.
 - Wiederholte Versuche, Gewichtsverluste durch strenge Nahrungsrestriktion, selbstinduziertes Erbrechen und Gebrauch von Laxantien oder Diuretika herbeizuführen.
 - Häufige Gewichtsfluktuation von mehr als 5 kg, bedingt durch alternierende Heißhungerattacken und Fasten.
3. Bewußtes Erkennen des abnormen EBverhaltens und Furcht oder Unfähigkeit, dieses freiwillig zu beenden.
4. Depressive Verstimmung und selbst-abwertende Gedanken nach einer Heißhungerattacke.
5. Die bulimischen Episoden sind nicht auf Anorexia nervosa oder irgendeine andere bekannte somatische Erkrankung zurückführbar.

Gegenüberstellung der Krankheitsbilder der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Untergewicht	normales Gewicht
stark kontrolliertes EBverhalten	unkontrolliertes EBverhalten
Zwang zum Hungern	Zwang zum Essen
Sekundäre Amenorrhoe	keine Amenorrhoe
keine Krankheitseinsicht	Krankheitseinsicht, Leidensdruck
gestörte Körperwahrnehmung	keine gestörte Körperwahrnehmung

Die Bulimia nervosa gilt als frauentypische Erkrankung. Sie ist weniger eng als die Anorexia nervosa an die Adoleszenz gebunden; betroffen sind aber fast ausschließlich junge Frauen zwischen 14 und 35 Jahren. Angaben über bulimische Männer liegen kaum vor (nach CHARITANTIS (1985) wird ein Verhältnis von weiblichen zu männlichen Erkrankten von 1:10 angenommen (a.a.O., 25).

Es wird davon ausgegangen, daß die Häufigkeit der Bulimia nervosa in den letzten Jahren rapide zugenommen hat. Die von PAUL (1985) referierten Schätzungen aus dem anglo-amerikanischen Raum belaufen sich auf zwischen 8 und 19% Erkrankte bei verschiedenen studentischen Stichproben; eine Schätzung von PUDEL (1985) im Anschluß an ein erstes öffentliches Betroffenen-Treffen führte zur Schätzung von 1% Erkrankten in der Gesamtbevölkerung der BRD. Es ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen, da viele ihr gestörtes EBverhalten lange Zeit verschwiegen haben und zudem ein äußerlich unauffälliges Gewicht gehalten haben.

Eine besondere Verbreitung findet die Bulimia nervosa in studentischen Kreisen und unter Schülerinnen; typisch ist

ein hoher Ausbildungsgrad der Erkrankten und ihre Herkunft aus der mittleren und oberen Sozialschicht.

7.4 Adipositas

Die Begriffe "Übergewicht", "Adipositas" und "Fettsucht" werden in der Literatur uneinheitlich und willkürlich verwendet. Beide werden in der Regel als Abweichung vom Normal-, Ideal- oder Referenzgewicht definiert, wobei die Festlegung der Normvorgabe sowie der Grenzen, jenseits derer eine Abweichung vorliegt, variieren. Vielfach wird von Übergewicht gesprochen, wenn das Idealgewicht um weniger als 20% und von Adipositas, wenn es um mehr als 20% überschritten wird. Dem ERNÄHRUNGSBERICHT (1980) gilt z.B. ein Gewicht, das um 10% über dem Broca-Gewicht liegt als Übergewichtig; liegt es 25% darüber, wird von "erheblichem Übergewicht" gesprochen.

Adipositas kann per se weder als mädchen- noch als pubertätsspezifisches Problem gelten. Als Kinder sind Mädchen dicker als Jungen, als Jugendliche sind sie im Vergleich zu Jungen aber eher untergewichtig (MANN-LUOMA 1985, 106). Bei Jungen nimmt das Untergewicht mit wachsendem Lebensalter ab, bei Mädchen zu; Überschneidungspunkt beider Entwicklungen ist die Pubertät (ERNÄHRUNGSBERICHT 1984, 107). Die Daten sprechen dafür, daß sich ab der Pubertät sowohl Gewichtsschwankungen als auch Übergewicht und Untergewicht vor allem bei Mädchen finden. "Fettsucht" wurde so z.B. in einer Berliner Schulabgängeruntersuchung ebenso wie "Übergewicht" wesentlich häufiger bei Mädchen festgestellt (SCHOLZ 1984 zitiert nach ALLHOFF/LAASER/RENNEN-ALLHOFF 1985/86, 29f; die Prävalenzdaten sind hier in Tab. 5 und 6 wiedergegeben). Andererseits unterschreiten 50% der weiblichen Jugendlichen ihr Referenzgewicht (ERNÄHRUNGSBERICHT 1984, 107).

PUDEL (1985) stellt fest, daß unter der normalgewichtigen Bevölkerung allgemein eine große Gruppe als "gezügelte Esser" bezeichnet werden muß, womit ausgedrückt werden soll, daß diese Personen ihr EBverhalten bewußt kontrollieren (müssen), um Gewichtsproblemen zu entgehen (Die Bulimie wäre als ein mit extremen Mitteln gezügeltes EBverhalten aufzufassen). Da diese "gezügelten Esser" im EBlabor (wo die kognitive Kontrolle der Nahrungsaufnahme durch apparative Anordnungen unmöglich gemacht wurde) genauso reagierten wie Übergewichtige, werden sie als "latente Adipöse" charakterisiert. Das bedeutet, daß bei jenen Jugendlichen - und dies sind vor allem Mädchen -, die Diäterfahrungen haben oder ihr Gewicht kontrollieren, latent dieselbe Problematik vorliegen kann wie bei Adipösen. Aufgrund dieses Zusammenhanges kann geschlossen werden, daß mehr als die Hälfte der weiblichen Jugendlichen - und gerade die schlanken Mädchen - latent adipös sind.

Übergewicht korreliert bei Frauen und Mädchen mit einem niedrigen, bei Männern mit einem hohen Sozialstatus (SCHULTE 1985, 101; hier geht es um kollektive Körperbilder mit verschiedenen Bewertungen von Schlankheit oder Kraft, auf die gesondert einzugehen ist; vgl. VI). Das Image der adipösen Frau ist in sozial unterprivilegierten Schichten positiver als in höheren (PUDEL 1978, 122; in den USA steht vor allem die kindliche Fettsucht im Zusammenhang mit niedrigem sozio-ökonomischen Status der Eltern).

Für den gesamten Bereich des Ernährungsverhaltens tritt problematisches Verhalten - in den sozial eher unauffälligen Formen des gezügelten Essens, des Diätverhaltens und der Bulimia nervosa ebenso wie in den durch extremes Über- und Untergewicht auffälligen Formen der Anorexia nervosa und Adipositas - mit zunehmender Tendenz und fast ausschließlich bei Mädchen auf. Ein Bezug zu belastenden Problemlagen, die eine veränderte Nahrungsaufnahme als Reaktion evozieren, zeichnet sich ab.

III ZUR ÜBERTRAGBARKEIT GESCHLECHTSUNSPECIFISCHER GESUNDHEITS- BZW. RISIKOMODELLE AUF WEIBLICHE JUGENDLICHE

1. FORSCHUNGSMETHODISCHE VORBEMERKUNG

In der wissenschaftlichen Literatur zum Gesundheitsverhalten resp. Genuß- und Rauschmittelkonsum Jugendlicher finden sich eine Reihe von allgemeinen Annahmen zur Verhaltensgenese, die geschlechtsunspezifisch formuliert sind (und teilweise verhaltensunspezifisch gelten können).

Das Problem der Spezifität der Drogen - oder anschaulicher formuliert: die Frage warum eine Jugendliche aus zerrütteten Verhältnissen zum Alkohol greift, eine andere aus den gleichen Verhältnissen aber von illegalen Drogen abhängig wird, während eine dritte mit wiederum derselben Vorgeschichte keinerlei Verhaltensauffälligkeiten oder soziale Devianz ausbildet - sei hier noch zurückgestellt. Aufgrund unseres zentralen Interesses am Gesundheitsverhalten von Mädchen ist zunächst ein anderes Problem vordringlich: Die Annahmen zur Verhaltensgenese beanspruchen Gültigkeit zur Erklärung des Verhaltens von Jugendlichen allgemein, also auch von Mädchenspezifischem Verhalten - ohne allerdings auf geschlechtsspezifische Besonderheiten einzugehen.

Ob sie eine Erklärung auch für Mädchen wirklich leisten, ist also erst zu überprüfen: Ergibt sich, wenn wir die Eigentümlichkeiten Mädchenspezifischer Sozialisation und Entwicklung in Rechnung stellen, die Notwendigkeit einer Revision oder Modifizierung der Verhaltenserklärungen? Kann es angesichts der Besonderheiten überhaupt "geschlechtsneutral" formulierte Ansätze geben? Oder reproduzieren diese allgemeinen Annahmen nur die "Unsichtbarkeit der Mädchen"? Welche Ansätze können Mädchenspezifisches Verhalten erklären?

2. ZUR RELEVANZ FAMILIENZENTRIERTER ANSÄTZE FÜR DIE ERKLÄRUNG DES GESUNDHEITSVERHALTEN BZW. GENUSS- UND RAUSCHMITTELKONSUMS WEIBLICHER JUGENDLICHER

Der Familie wird in der Forschung zum Gesundheitsverhalten Jugendlicher als "Lernort Nr.1" (BÄRSCH 1978, 57) ein besonderer Stellenwert zugewiesen (vgl. zusammenfassend SCHRÖDER-SEIFERT 1983, 21ff). Im Kontext der Familie werden die ersten entscheidenden Lernprozesse geprägt, entscheidende Ressourcen und Defekte erworben und Weichen für die spätere Entwicklung gestellt. Dabei läßt sich die Bedeutung der Familie im einzelnen verschieden akzentuieren:

- Familie als Ort früher Erfahrung von Mangel und Trennung oder "heilen" Beziehungen;
- Familie als Ort, an dem elterliches Verhalten modellhaft wirkt (bezogen auf konkrete Konsummuster, bezogen auf allgemeine Konfliktlösungsfähigkeiten und Auseinandersetzungsformen) und an dem frühe und nachhaltig wirksame Verhaltensmuster erworben werden;
- Familie als sozialer Rahmen eines Erziehungsstils, der das Kind prägt;
- Familie als Interaktionsgefüge, in dem das Kind seine Parts und seine (Re-)Aktionsmuster ausbildet.

Gemeinsam ist diesen Ansätzen, daß die prägende Kraft der Familie als in demselben Ausmaß und in derselben Weise für Mädchen wie für Jungen wirksam angenommen wird- eine Annahme, die wir im folgenden überprüfen wollen.

2.1 Erklärungsansatz: "Broken home"

Im Bereich der Jugendgesundheitsforschung wird eine Kindheit in zerrütteten Verhältnissen als wesentliche Variable betrachtet. "Broken home" oder "unvollständige Familie" lautet der Terminus technicus, der eine Familiensituation nach einer Scheidung oder Trennung der Eltern, nach dem Tod eines Elternteils sowie die Erziehung bei Verwandten oder in

einem Heim umfaßt. Die Reichweite der Erklärung bezieht vor allem Mißbrauchsverhalten und Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen ein. Der Zusammenhang besteht darin, daß "das Fehlen einer vollständigen Familie (...) oft zu Defiziten in der Persönlichkeitsentwicklung führt, die den Suchtmittelkonsum begünstigen." (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 47). Der Konsum illegaler Drogen kann aber auch eine "Form der Flucht" darstellen angesichts des einer Trennung vorausgehenden "schlechten Familienklimas" (BMJFG 1983, 64).

Eine statistische Korrelation zwischen dem jeweiligen Drogenkonsum und einer "broken-home"-Vergangenheit in dem Sinne, daß Jugendliche mit erhöhtem oder exzessivem Konsum überproportional häufig aus unvollständigen Familien stammen, scheint zufallskritisch gesichert für

- Alkoholgefährdete (BMJFG 1983, 46; JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 47; GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 213ff; zum prognostischen Wert der Variable: KLEIN 1984, 179). Für 1982 fand die bayrische Untersuchung heraus, daß das Fehlen des Vaters von größerer Bedeutung sei als das der Mutter (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 47); 1986 stellte sie nur noch dann einen Zusammenhang fest, wenn die Unvollständigkeit der Familie vor dem 12. Lebensjahr eingetreten ist (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 47).
- Konsumenten illegaler Drogen (BMJFG 1983, 64; JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 77f; HORNING/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 82f; TRUEG 1982, 322f; kritische Übersicht bei UCHTENHAGEN 1982, 285ff). Bei PULS-THORBURN (1983) war die Vaterabwesenheit entscheidend (a.a.O., 303); nach HORNING/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF (1985) trafen dagegen die hohen Drogenkontaktquoten für Jugendliche aus "mutterlosen" Erziehungssituationen zu. Die Quoten von Jugendlichen, die bei ihren leiblichen alleinerziehenden bzw. wiederverheirateten Müttern aufwuchsen, lagen noch unter denen aus unvollständigen Familien (a.a.O., 82). Nach den Daten des

BMJFG (1983) hängt der Drogenkonsum "wohl eher mit der subjektiven Einschätzung der eigenen Beziehung zum Elternhaus als mit der broken-home-Situation zusammen" (a.a.O., 65).

- heutige und exzessive Raucher (BMJFG 1983, 94).

Die Erklärungsrelevanz dieser Zusammenhänge wird vielfach kritisch beurteilt:

Es sind nur statistische Wahrscheinlichkeitsaussagen möglich. Diese haben aber keinen hohen Wert "... zumal offensichtlich auch viele Kinder aus 'geordneten' Familienverhältnissen Drogenkontakte haben und umgekehrt viele Kinder aus unvollständigen Familien nicht." (HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 84). Bereits REUTER/HÖCHER wiesen 1977 auf das allgemeine Gefährdungspotential hin, das auch Jugendliche aus vollständigen Familien betrifft: Die Risikogruppe kann nicht auf Jugendliche aus unvollständigen Familien eingegrenzt werden (a.a.O., 187).

Die soziostrukturellen Veränderungen müssen einbezogen werden: Der Anteil unvollständiger Familien hat in den letzten Jahren zugenommen (vgl. JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 47): Jede zehnte Mutter mit minderjährigen Kindern ist heute alleinerziehend (MÄDCHEN '82, 59; 9,7% der befragten Mädchen hatten alleinerziehende Mütter). Damit verändert sich auch die soziostrukturelle Einbindung unvollständiger Familien. Die Relevanz unvollständiger Familien für die Suchtgenese mag im Zusammenhang dieser Veränderungen möglicherweise ebenso an Gewicht verlieren, wie bereits die Variable "Berufstätigkeit der Mutter".

Es wurde verschiedentlich darauf hingewiesen, daß der Einfluß der Familienbedingungen eher "indirekter Natur" sei, "... indem die Strukturen einen Rahmen für mögliche Interaktionen und Beziehungsmuster zwischen den Familienmitgliedern darstellen. Dies dürfte auch einer der Gründe für die

z.T. recht heterogenen Ergebnisse von empirischen Untersuchungen zu diesem Thema sein." (HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 83). Entscheidend ist so nicht eine Trennung der Eltern per se, sondern die Situation im Vorfeld und danach sowie die Beziehungen zu den Eltern, durch die die Möglichkeit für das Kind, diese Trennung zu verarbeiten, bestimmt werden.

Als wichtigste Einschränkung im Zusammenhang unserer Fragestellung muß aber gelten, daß die Datenbasis, die die Zusammenhänge belegen soll, Mädchen ungenügend einbezieht: In allen genannten Gruppen sind weibliche Jugendliche - z.T. sogar stark - unterrepräsentiert: 75% bis 95% der Alkoholgefährdeten sind männlich (vgl. S. 29); bei den Konsumenten illegaler Drogen überwogen zu den Erhebungszeitpunkten Jungen (vgl. S. 52). Beim Rauchen liegt der Konsumanteil der Mädchen unter dem der Jungen; hier sind die Unterschiede zwischen den Konsumanteilen vergleichsweise gering (vgl. S. 39); der belegte Zusammenhang zur Herkunft aus einer unvollständigen Familie allerdings auch nicht besonders prägnant. Für Mädchen müßte der behauptete Zusammenhang zwischen Konsumverhalten und unvollständiger Familie selbst auf statistischer Ebene erst noch gesichert werden.

Zunächst gilt also nur, daß für solche Verhaltensformen, die überwiegend von jungen Männern gewählt werden, ein Zusammenhang mit Unvollständigkeit der Familie (im Sinne einer Wahrscheinlichkeitsaussage) belegt ist. Wir wollen daran erinnern, daß die typische Familienstruktur der Herkunftsfamilie, die das typisch weibliche und ebenfalls "suchtartige" Verhaltensmuster der Anorexia nervosa hervorbrachte, gerade in der Vollständigkeit, in der heilen Fassade, hinter der Konflikte verdrängt werden, bestand.

Die Absicherung der Ergebnisse für Mädchen ist zudem deshalb von Bedeutung, weil es Hinweise auf eine besondere Situation von Töchtern alleinerziehender Mütter gibt, die sich dem

oben zitierten Zusammenhang (defizitäre Persönlichkeitsentwicklung) sperren. In der Studie MÄDCHEN '82 (1982) findet sich z.B. eine ausführliche Beschreibung der Situation, Wertorientierungen, Lebensplanungen, Probleme und Beziehungen von Mädchen, die mit ihrem alleinerziehenden Müttern aufwachsen. Diese Mädchen erscheinen als wenig familienorientiert. Ihre Lebensplanung ist offen, enthält aber als stabilen Faktor die Orientierung an einer Berufstätigkeit. Sie streben nach Autonomie und Eigenständigkeit und haben ein positives Verhältnis zu ihren Müttern, mit denen sie über alles reden können. Die besonderen Problemlagen werden in dieser Beschreibung ebenso deutlich wie die besonderen Chancen dieser Mädchen (a.a.O., II.2).

2.2 Erklärungsansatz: Elterliches Modellverhalten/Theorie sozialen Lernens

a) Eltern

Die "Modellwirkung" elterlichen Verhaltens bezogen auf den Umgang mit Drogen aller Art (mit Ausnahme der illegalen Drogen), aber auch Gesundheit, Ernährung etc. wurde in einer Reihe von Untersuchungen als prägender Faktor jugendlichen Verhaltens bestimmt. Die Annahme einer "Verhaltensübernahme" verkürzt allerdings plakativ die differenziertere Theorie sozialen Lernens auf einen Vorbild-Imitations-Zusammenhang. Die Theorie sozialen Lernens (AKERS et al. 1979) begreift konkretes Verhalten als Ergebnis der Sozialisation, verstanden als Prozeß des Erlernens von gesellschaftlich vorgeformten Deutungen, Werten, Rollen und Erwartungen. Vermittlungsinstanzen sind bedeutsame Bezugspersonen, wie Eltern, Geschwister, Lehrer, Gleichaltrige. BANDURA (1971, in Weiterentwicklung der klassischen Lerntheorie), auf den ebenfalls in diesem Zusammenhang Bezug genommen wird, erklärt die Verhaltensübernahme und -verfestigung über differentielle Verstärkung. Die Beobachtung eines Verhaltens

bei Modellen (und solche Modelle stellen die Eltern in prominenter Weise dar) kann das analoge Verhalten bei den Kindern entweder initiieren, oder auslösen (im Sinne von stimulieren) oder es differentiell verstärken.

In vielen empirischen Erhebungen (s.u.) gehört die Prüfung eines Zusammenhangs zwischen den Konsummustern der Eltern und denen ihrer Kinder auf signifikante Korrelationen zum Standardrepertoire. Positive Korrelationen, die allerdings bei Differenzierungen (Vater/Mutter; versch. Konsumintensitäten etc.) ein sehr heterogenes Muster bilden, liegen in folgenden Bereichen vor:

- Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten der Eltern und dem der Kinder. In dieser Allgemeinheit ist der Zusammenhang statistisch belegt (vgl. WETTERER/HELFFERICH 1983, 58). Eine Synopse der vorliegenden Untersuchungen unter besonderer Berücksichtigung jener Arbeiten, die bei Eltern und Kindern nach Geschlecht differenzieren, ergibt aber ein im Detail widersprüchliches Bild, bei dem einzig unstrittig der Zusammenhang zwischen dem Nichtrauchen der Töchter und dem Nichtrauchen der Mütter ist, während rauchende Väter eher rauchende Söhne haben (BRAUNER 1980, 88; DOUBRAWA 1980, 56; BMJFG 1983, 94; GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 381ff, HARREIS/SCHULTZE/SCHMIDT 1980, 772 etc.). Strittig ist das geschlechtsspezifische Ausmaß der Vorbildbedeutung: Während einerseits behauptet wird, Mädchen hängen stärker von den Rauchgewohnheiten der Eltern ab (z.B. DOUBRAWA 1980, 55), wird andererseits konstatiert, daß nur Jungen sich mit den Rauchgewohnheiten des Vaters identifizieren, bei Mädchen aber der Einfluß der Gleichaltrigen größer ist (vgl. z.B. LOPEZ 1983, 14).
- Auch bezogen auf den Alkoholkonsum gelten Eltern als Verhaltensmodelle. Für KLEIN (1984) hat die Alkoholabhängigkeit eines Elternteils prognostischen Wert (a.a.O.,

179). Wichtig sind vor allem die Väter, die die Assoziati-
on zwischen Feierabendtrinken und Gemütlichkeit vorleben
(BERGER/LEGNARO 1980, 117); und sie sind wichtig vor allem
für die Söhne: Gefährdete - unter denen sich ja überwie-
gend männliche Jugendliche befinden - haben häufiger als
andere Jugendliche Väter, die viel trinken (JUGEND FRAGT
JUGEND 1982, 52). Jungen orientieren sich an den Trinkge-
wohnheiten der Väter (höherer Konsum vor allem von Bier),
Mädchen an dem Mütter (mäßiger Konsum von Wein, ev.
Schnaps; VOGT 1979, 83; GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984,
159f). Übermäßiger Alkoholkonsum der Mutter wird ambiva-
lent erfahren: Nach JACOBSEN/STALLMANN (1985) bezeichnen
starke Alkoholkonsumenten und Abstinente zu gleichen Maßen
ihre Mütter als Alkoholikerinnen (a.a.O., 399).

- Bezogen auf den Medikamentenkonsum weisen eine Reihe von
Ergebnissen Parallelitäten zwischen dem Konsum von Medika-
menten seitens der Eltern (insbesondere seitens der
Mutter) und seitens der Kinder auf: Die Hälfte der
Jugendlichen, die Schlafmittel nehmen, haben Mütter, die
ebenfalls Hypnotika schlucken (BMJFG 1983, 83). Jugendli-
che mißbrauchen insgesamt die gleichen Präparategruppen
wie ihre Mütter (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 102; vgl. auch
DHS zitiert nach STAECK 1985, 62). Insbesondere ist beim
Medikamentenkonsum überhaupt der Einfluß der Eltern bzw.
vorrangig der Mutter besonders hoch: "Medikamentenkonsum
lernt man zuhause, bei der Mutter und im Verein mit ihr,
vom Arzt, aber nicht außer Haus." (VOGT 1985, 127).
- Mädchen klagen in einem ähnlichen Ausmaß über Krankhei-
ten/Beschwerden wie ihre Mütter; ebenso wie ihre Mütter
klagen sie vor allem über psychosomatische Störungen. Es
besteht eine Ähnlichkeit in den Krankheitsbildern von 14-
bis 19jährigen und 40jährigen Frauen (VOGT 1985, 137ff).
- Auch im Bereich der Ernährung gibt es Zusammenhänge: Das
relative Körpergewicht der Mutter - nicht aber das des
Vaters - steht in einem gewissen Zusammenhang mit dem
Gewichtsstatus des Kindes/Jugendlichen (ERNÄHRUNGSBERICHT

1984, 109).

Der erste Einwand gegen diesen Ansatz bezieht sich auf die Validität der Daten. Meist werden nicht beide Seiten, Eltern und Kinder, befragt, sondern Angaben der Kinder über die Konsummuster der Eltern als Datenbasis verwendet. Dieses Verfahren kann systematische Verzerrungen implizieren. VOGT (1985) erhob Daten in den vier Feldern: Selbstangabe des Jugendlichen zum eigenen Konsum/Fremdangabe des Jugendlichen zum Konsum der Mutter//Selbstangabe der Mutter zum eigenen Konsum/Fremdangabe der Mutter zum Konsum des Kindes. Die einzige systematische Variation bestand zwischen dem eigenen Medikamentenkonsum des Jugendlichen und seinen Angaben über den Konsum der Mutter; alle anderen kombinatorischen Möglichkeiten waren statistisch nicht signifikant. Eine direkte Beziehung zwischen dem Medikamentenkonsum der Mutter und dem des Kindes besteht danach nicht (dies Ergebnis wird erst sichtbar durch die genaue Datenerhebung; wären nur die Angaben der Jugendlichen erhoben worden, so hätte die These der Verhaltensübernahme über eine artifizielle Korrelationen zwischen Medikamentenkonsum der Jugendlichen und der Mütter Bestätigung gefunden).

Der zweite Einwand richtet sich gegen eine Pauschalisierung und eine mechanistische Verkürzung von Prozessen sozialen Lernens auf "Verhaltensübernahme", "Kopie" oder "Nachahmung". Der Einfluß der Eltern variiert nämlich nach Art der Beziehung zwischen Eltern und Kindern (vgl. exemplarisch für Rauchen: WETTERER/HELFFERICH 1983, 58; wir gehen auf den Beziehungsaspekt in 2.3 ein.). So können Jugendliche bei fehlender Identifikation mit oder demonstrativer Distanzierung von den Eltern quasi als Reaktionsbildung Verhaltensmuster herausbilden, die denen der Eltern konträr sind (vgl. FRANZ.KOM./SOFRES 1983, 33). In gewissem Maß ist dieses Phänomen in dem Kürzel "Generationskluft" kollektiv gwendet (vgl. III,3).

Die Erklärungsrelevanz für Mädchenspezifisches Verhalten krankt aber noch an einem anderen Punkt. Überall dort, wo die Erhebungen nach Söhnen und Töchtern, nach Vätern und Müttern differenzieren, ergibt sich eine generell größere Bedeutung des mütterlichen Verhaltens für Töchter und des väterlichen Verhaltens für Söhne, so daß der Einfluß der Eltern zu präzisieren ist als gleichgeschlechtlicher Orientierungsprozess. Geschlechtsunspezifisch formulierte Aussagen verfehlen notwendigerweise eine Beschreibung dieser Prozesse und verallgemeinern daher falsch. Am Beispiel: In der Berliner Untersuchung von GOLOBEK/JACOBSEN/STALLMANN (1984) ließ sich der Einfluß mütterlichen Trinkverhaltens nicht für die Gesamtheit der Befragten nachweisen - im Gegensatz zum väterlichen Trinkmuster. Dennoch wurde nach Prüfung der Zusammenhänge auf Geschlecht belegt, daß das Trinkverhalten der Mädchen stärker durch das Trinken der Mutter als den Alkoholkonsum des Vaters beeinflusst ist (a.a.O., 159).

In globalen Aussagen können gerade die gleichgeschlechtlichen Orientierungsprozesse zur Bedeutungslosigkeit nivelliert werden bzw. geben nur jenen Einfluß wieder, der dem in der fraglichen Konsumentengruppe überrepräsentierten Geschlecht zukommt. Ohne eine entsprechende Differenzierung erweist sich der Erklärungsansatz "Ausrichtung des Verhaltens am Modell der Eltern" zu ungenau, als daß ohne weitere Prüfung von einer Gültigkeit unspezifisch formulierter Aussagen auch für Mädchen ausgegangen werden kann.

Diese gleichgeschlechtlichen Orientierungsprozesse sind nicht platt als Übernahme eines konkreten, isolierbaren Verhaltensaspektes in der von den Eltern vorgelebten quantitativen Ausprägung zu begreifen. VOGT (1985; s.o.) interpretiert die oben zitierte Beziehung zwischen den Angaben zum Medikamentenkonsum der Mutter (und das Fehlen einer Beziehung zwischen dem Konsum seitens der Mutter selbst) und eigenem Medikamentenkonsum dahingehend, daß

beides - sowohl die Wahrnehmung des mütterlichen Konsums, als auch der eigene Konsum - gesteuert wird von einem umfassenden geschlechtsspezifischen Konzept von Gesundheit, Krankheit und Körper. Analoges gilt bezogen auf die Klagen über psychosomatische Beschwerden: Die Mütter dienen als Rollenvorbilder in dem Sinne, daß die Mädchen von ihnen - und zwar im Rahmen der Übernahme der gesamten Geschlechtsrolle - als Aspekt dieser Geschlechtsrolle ein geschlechtsspezifisches Gesundheitskonzept in einem komplexen Lernprozeß übernehmen, das seinerseits wieder Medikamentenkonsum, Umgang mit Krankheiten etc. bestimmt.

Auf den wesentlichen Aspekt des Erlernens von Konfliktlösungsmechanismen im familiären Rahmen gehen wir gesondert ein (vgl. III.5: Bewältigungshandeln als Erklärungsansatz).

b) Geschwister

Den Geschwistern wird ebenfalls eine Modellwirkung zugeschrieben; wobei diese Wirkung aufgrund der Ähnlichkeit im Alter, der affektiven Beziehung und der Sichtbarkeit des Geschwisterverhaltens als besonders wirksam eingeschätzt wird.

- Jugendliche, deren Geschwister rauchen, rauchen selbst weitaus häufiger als solche, deren Geschwister nicht rauchen (Übersicht: WETTERER/HELFFERICH 1983, 58).
- Ebenfalls belegt ist der Geschwistereinfluß im Bereich illegaler Drogen (HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 95).

Auch hier vermitteln Geschwister ebenso wie die Eltern als Träger von kulturellen Mustern diese Muster, die sich das Kind daraufhin aneignet. Auch bezogen auf die Wirkung der Geschwister auf die Herausbildung von Verhalten muß von einem komplexen Lernprozeß ausgegangen werden muß, in dessen Verlauf sowohl die Geschlechtsrolle übernommen, als auch

Kompetenz entwickelt werden muß, mit dem eigenen Körper und Fragen der Gesundheit umzugehen. Die einzelnen konkreten Verhaltensaspekte lassen sich darauf zurückführen.

2.3 Erklärungsansatz "psychodynamische Prozesse in der Familie" I: Erziehungsstil

Bei einer Sichtung vorliegender Übersichtsarbeiten zu Untersuchungsergebnissen aus den verschiedenen Bereichen (darunter: SCHRÖDER-SEIFERT 1983, 21ff; UCHTENHAGEN 1982; FESER 1978; KLEIN 1982, 242f.; HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 86f; GUTEZEIT 1983, 70ff) kristallisieren sich drei verschiedene Aspekte von Erziehungsverhalten heraus, denen eine Bedeutung - unspezifisch - für die Entstehung problematischen Gesundheitsverhaltens bei Jugendlichen zukommt:

1. Eine überfürsorgliche, verwöhnende Haltung der Mutter - es wird offensichtlich von der primären Erziehungsfunktion der Mutter ausgegangen - behindert notwendige Prozesse von Verselbständigung. Durch die Einschränkung von Möglichkeiten, eigene Erfahrungen zu machen, lernt das Kind weder seine Grenzen kennen, noch auf seine eigenen Bedürfnisse kompetent zu reagieren. Folgen sind Gefühle von Hilflosigkeit und Minderwertigkeit und der Wunsch nach Rückkehr in symbiotische Beziehungen.

2. Überfordernde, gleichgültige Mütter und autoritäre, gefühlsarme Väter verhindern die Entwicklung eines "gesunden" Selbstwertgefühls und wecken Minderwertigkeitsgefühle. In der Folge sucht das Kind Zuflucht in regressiven Verhaltensweisen.

3. Ist der elterliche Erziehungsstil inkonsequent, sieht sich das Kind (der/die Jugendliche) ständig einander widersprechenden Botschaften ausgesetzt. In diesem Kontext kommt es entweder zu einer Paralyse von Orientierungsmöglichkeiten überhaupt (analog zur Rolle des "double bind" im

Schizophrenie-Konzept von BATESON) oder zu Konstellationen untereinander verbündeter Familienmitglieder, in dem der/die Jugendliche schnell lernt, sich "vorteilbringend" (SCHRÖDER-SEIFERT 1983, 22f) zu bewegen.

Abgesehen von diesen Behinderungen der allgemeinen Kompetenz kann ein verwöhnender, ein überfordernder oder ein widersprüchlicher Erziehungsstil bei Jugendlichen auch auf der konkreten Verhaltensebene den Umgang mit Genuß- und Rauschmitteln beeinflussen (auf die kontrovers geführte pädagogische Diskussion um Wert und Unwert von Verboten, Erlaubnis, Warnung, Einverständnis oder Inkonsistenzen soll hier nicht weiter eingegangen werden).

Jene Ergebnisse - vorwiegend statistisch-quantitativer Erhebungen -, die die defizitären Ergebnisse eines Erziehungsstils an Operationalisierungen wie "Ausreißen", "subjektiv schlecht empfundenes Familienklima", "Wunsch, die eigenen Kinder anders erzogen wurde, als man selbst" etc., werden im Zusammenhang mit der These der besonderen Problemlagen und Wertorientierungen Jugendlicher im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten in III,3 aufgegriffen.

Empirische Ergebnisse liegen aus verschiedenen Bereichen vor:

- Für Alkoholgefährdete sind Eltern seltener Vertrauenspersonen (BMJFG 1983, 46). Bei dieser Gruppe ist die Position des Vaters besonders problematisch. Ein Zusammenhang zwischen exzessivem Konsum und autoritärem und labilem väterlichen Erziehungsverhalten unter Ermangelung konstruktiver und warmherziger Eigenschaften wurde hergestellt (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 51). Starke Konsumenten klagten in der Untersuchung von GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN (1984) häufiger über einen Mangel an Geborgenheit, Wärme und Verständnis, führten eine vernachlässigende Haltung der Väter an und beschrieben zu einem guten

Drittel ihre Mütter als "zu besorgt" (a.a.O., 241 und 258).

- Bei einer "nicht unbeträchtlichen Gruppe" von Konsumenten illegaler Drogen führt ein strenger, autoritärer, nicht liebevoller Erziehungsstil der Eltern - vor allem des Vaters - zu einem Fluchtverhalten, daß sich in Ausreißern und Drogenkonsum niederschlägt (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 80). In einer Übersichtsarbeit beschreibt UCHTENHAGEN (1982) die Väter als häufiger ablehnend und gleichgültig, die Mütter ebenso oder überbesorgt (a.a.O., 287). Drogenabhängige Frauen hatten mehr stark angsterzeugende Bestrafungsmethoden in der Erziehung erlebt und zeigten Merkmale einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung (PULS-THORBURN 1983, 304). Eine faktorenanalytische Differenzierung ergab in der Untersuchung von HORNING/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF (1985) für Konsumenten illegaler Drogen unterschiedliche Faktorenstrukturen mütterlichen und väterlichen Erziehungsstils: Fehlendes Verständnis/eine negative Haltung des Vaters stand in deutlichem Bezug zum Drogenkonsum der Kinder, bei der Mutter Überfürsorglichkeit und fehlende verständnisvolle Kameradschaft. SCHRÖDER-SEIFERT (1983) arbeitete in einer Übersichtsarbeit als kritische Aspekte autoritäres Vorschreiben, überfürsorgliches Abnehmen und zu frühe Autonomieforderungen heraus. Diese Stile bedingen früh ein Verhältnis zu Freiheit und Abhängigkeit, das seinerseits später den Umgang mit Suchtmitteln bestimmt.
- Im Bereich der EBstörungen spielt die überfürsorgliche Mutter eine besondere Rolle. Bei der Anorexia nervosa äußert sich dabei der Zugriff der Mutter auf das Kind - in der Regel die Tochter - darin, daß sie sich über die Bedürfnisse und Gefühle des Kindes hinwegsetzt, Befindlichkeiten vorschreibt oder mit einer eigenen Version interpretiert. Die Beziehung zwischen Mutter und Tochter ist sehr eng, es gibt kaum Raum für Abgrenzungen und offene Konflikte. Das Kind fühlt sich verpflichtet, diesen auferlegten inneren Zuständen nachzukommen und wird daher

unfähig, ein differenziertes Körperschema, Kompetenzgefühl bezogen auf die eigenen Gefühle und Autonomie zu entwickeln. Allerdings sind einzelne Ergebnisse widersprüchlich und von einigen Autoren wird die besondere Bedeutung der Mutter-Kind-Beziehung als isoliertem Faktor für die Genese der Anorexia bestritten (Übersicht: GUTEZEIT 1983, 71; vgl. hier V, 6.2). Bei der Adipositas und Bulimia nervosa ist ein spezieller Aspekt von Bedeutung: Die permanente Beantwortung aller kindlichen Signale von Unwohlsein mit der Verabreichung von Nahrung. Auch auf diese Weise wird das Kind nicht darin gefördert, eigene Empfindungen differenziert zu erkennen; allerdings ist die symbiotische Komponente der Überfürsorglichkeit nicht so deutlich wie bei der Anorexia nervosa. (Zusätzlich wurde bemerkt, daß die Überfürsorglichkeit dort, wo sie zwanghafte Züge trägt, dem Verdecken nicht zulassbarer Aggressionen der Mutter gegen das Kind dienen kann).

Ein erster Einwand zielt auf die Verlässlichkeit der Angaben: Die retrospektive Beschreibung der Kindheit und des Erziehungsstils der Eltern ist notwendig verzerrt durch Idealisierungen und Abwertungen - dies gilt für empirische Erhebungen ebenso wie für psychoanalytische Fallstudien (vgl. HELFFERICH 1986, 40ff).

Der spezifische Erziehungsstil bekommt seine Bedeutung für das Kind, aber auch für die Eltern selbst, erst im Zusammenhang des gesamten familiären Interaktionsgefüges. So ist z.B. nicht die symbiotische Haltung der Mutter oder die gefühlskalte Strenge des Vaters per se, sondern erst die Konstellation beider Bedingungsfaktor für eine spätere Opiatabhängigkeit Jugendlicher (SIEGERT 1979). Dies berücksichtigt, erscheint die isolierte Betrachtung des Erziehungsstils eines Elternteils als unzulässige Verkürzung. Diesem Argument folgend wollen wir im nächsten Abschnitt die Interpretation der Erziehungsstile in den Gesamtkontext des familiären Systems stellen.

Wünschenswert wäre es zudem - wenn es sich um Jugendliche verschiedenen Alters handelt -, die Wechselseitigkeit und zeitliche Dynamik des Erziehungsprozesses einzubeziehen: Eltern rufen nicht nur reaktiv Verhalten bei den Kindern hervor, sondern reagieren ihrerseits auch wiederum mit einem Erziehungsverhalten darauf. Sie reagieren z.B. in der Pubertät ebenso auf Veränderungen wie die Jugendlichen selbst und müssen damit fertig werden, daß ihre Sanktionsmacht und ihr Zugriff mit wachsendem Alter des Kindes an Bedeutung verlieren.

Die Erklärungsrelevanz dieses Ansatzes bezogen auf mädchen-spezifisches Verhalten soll entsprechend unseren Einwänden in nächsten Abschnitt diskutiert werden. Dennoch wollen wir auf eine typische Auffälligkeit hinweisen: Aus dem zusammengestellten empirischen Material ergibt sich, daß der väterliche (autoritäre) Erziehungsstil relevant vornehmlich für Jungen ist (Bsp.: Alkoholgefährdung). Die besondere Rolle der (überfürsorglichen, Symbiose einfordernden) mütterlichen Haltungen kommt in jenem Bereich zum Tragen kommt, in dem fast ausschließlich Mädchen betroffen sind (Bsp.: EBstörungen); darüberhinaus hat die Symbiose-Problematik auch einen besonderen Stellenwert für Jungen, so daß - auf verschiedenen Ebenen der Identitätsbildung - eine tiefe Störung über das fehllaufende Schicksal der symbiotischen Beziehung zur Mutter für Jungen und für Mädchen gilt; im späteren Entwicklungsverlauf aber gleichgeschlechtliche Erziehungseinflüsse wirksam sind. Dieser Hinweis belegt die Existenz besonderer Problematiken und belegt auch, daß die Interaktion zwischen den Familienmitgliedern nicht abstrahiert vom jeweiligen Geschlechtsstatus interpretiert werden kann.

2.4 Erklärungsansatz "psychodynamische Familienprozesse" II: Familiäre Interaktion

In der familiären Interaktion bilden sich in wechselseitigem Beziehungsverhältnis die wesentlichen Prozesse auf Seiten des Kindes (z.B. Opposition, Identifikation etc.) und auf Seiten der Eltern (z.B. Verhinderung oder Erleichterung der Ablösung etc.) heraus. Die einzelnen Verhaltensmuster des/der Jugendlichen lassen sich als (Re-)Aktionsweisen in diesem familiären Gefüge erklären. Dabei umfaßt das System auch die Geschwister, die - bislang nur unter dem Aspekt der Modellwirkung diskutiert - im Rahmen eines spezifischen Rollen- und Zuschreibungssystems unter den Kindern wesentlich zur Entstehung problematischen Verhaltens beitragen können (vgl. CLEVELAND 1981).

Da diese Zusammenhänge sehr komplex sind, sperren sie sich z.T. einer Vorab-Operationalisierung und statistisch-quantitativer Auswertung. Aus diesem Grunde liegt Material vor allem zu jenen Bereichen "auffälligen Verhaltens" vor, die als psychodynamische Störungen in Kontakt mit psychotherapeutischen und psychiatrischen Institutionen behandelt werden. In gewissem Umfang wird Alkoholismus therapeutisch versorgt; dies betrifft aber kaum Jugendliche. Beim Konsum illegaler Drogen gilt der therapeutisch begleitete Entzug als wichtigste Chance einer Verhaltensänderung; manifeste EBstörungen wie Anorexia nervosa gelten als psychiatrisch zu versorgende Erkrankungen. Bei dem Material handelt es sich überwiegend um problemorientierte und theoriegeleitete anamnestische Rekonstruktionen der Sozialisationsbedingungen extremer Verhaltensausrägungen.

- Im Bereich der EBstörungen (vor allem der Anorexia nervosa) als besonderer psychosomatischer Erkrankung ist der Einfluß pathogener Familienstrukturen (im Zusammenhang mit familientherapeutischen Überlegungen) am weitestgehenden diskutiert worden. Wesentlicher Ausgangspunkt der

Rekonstruktion des Krankheitsverlaufs sind die Beziehungen der Eltern untereinander, die emotionale Reife vermissen lassen. Diese Beziehungsstörungen schaffen Komplottsituationen und Verschwörungskonstellationen, aus denen der/die Jugendliche nicht entlassen werden kann. Die pathogenen Interaktionsmuster werden in spezifischen "Beziehungsmodi" und "Strukturbildern" (FRIEDRICH 1981) systematisiert und ein differenziertes Bild der "typischen Magersuchtsfamilie" gezeichnet (SCHÜTZE 1980, 22f). In einem weiteren (systemtheoretischen) Ansatz wird die Symptombildung des Kindes verstanden als Reaktion des rigide und starr organisierten familiären Systems, das angesichts außerfamiliärer Belastungen nicht angemessen reagieren kann und die notwendigen, bedrohlichen Veränderungen auf diese Weise desavouiert (vgl. GUTEZEIT 1983, 77f).

- Typische Strukturen der Herkunftsfamilie sind auch bei Konsumenten illegaler Drogen beschrieben worden. Dabei ist vor allem das Zusammenspiel eines strengen Vaters und einer symbiotisch-verwöhnenden Mutter bezeichnend (KLEIN 1982, 243). Bei den unvollständigen Familien spielt das Modell des (abwesenden) Vaters über realitätsunangemessene Über-Ich-Ansprüche oder defizitäre Konfliktlösungen wie Alkoholkonsum eine negative Rolle, den die alleinerziehende Mutter nicht kompensieren kann. Sie versucht stattdessen, eine symbiotische Beziehung zu dem Kind wiederherzustellen und trägt häufig zur Aufrechterhaltung der Sucht bei (SIEGERT 1979). Bei Heroinsüchtigen spielt die Beziehung zum gegengeschlechtlichen Elternteil eine Rolle (UCHTENHAGEN 1982, 288). Insofern, als dabei Bezug genommen wird auf die "besondere Gefährdung der Söhne durch ein symbiotisches Verhältnis zur Mutter" (ebenda), ist nicht klar, inwieweit die Beobachtung auch für Mädchen gilt. Auch KLEIN (1982) wählt ausschließlich männliche Beispiele, um seine Genese-Modelle zu illustrieren (a.a.O., 243). Die Vater-Tochter-Beziehung bleibt dagegen im Dunklen.
- Es liegen uns keine Untersuchungen vor, die die Entstehung

von exzessivem Alkoholkonsum mit einer spezifischen Familiendynamik in Beziehung setzen - auch in therapeutischer Aufarbeitung nicht. Zum einen verfestigt sich der Konsum meist erst in älteren Jahren zum "Alkoholismus", zum anderen dominiert die Sichtweise des exzessiven Alkoholkonsums bei Jugendlichen als Problem abweichenden Verhaltens im Sinne einer Schwereerziehbarkeit. Eine psychiatrische Deutung unter Einbezug der Familien(-pathologie) liegt nicht vor.

- Für alle genannten Bereiche gilt, daß das problematische Verhalten des Kindes durchaus funktional für das familiäre System als Ganzes sein kann. Erweist sich ein Familiensystem als labil, so kann es notwendig sein, "...daß zur Aufrechterhaltung des Gleichgewichts Familienmitglieder zu 'Symptomträgern', zu 'identifizierten Patienten' gemacht werden müssen, damit das System als Ganzes überhaupt irgendwie funktionsfähig bleibt. Über ein in die Rolle des Symptomträgers gedrängtes 'Problemkind' lassen sich z.B. Eheprobleme unausgesprochen unter der Decke halten, weil das zu lösende Problem zunächst einmal gemeinsame Anstrengungen erfordert und verbindend wirkt." (SCHRÖDER-SEIFERT 1983, 21; vgl. UCHTENHAGEN 1982, 290). Zur Aufrechterhaltung des problematischen Verhaltens trägt die Unauflösbarkeit familiärer Verstrickungen bei; SIEGERT (1979) hat zudem in der familiären Interaktion opiatabhängiger Jugendlicher die besondere Rolle der Schuldgefühle herausgearbeitet.

Eine erste Einschränkung erfährt die Aussagekraft dieses Ansatzes allerdings dadurch, daß vor allem Aussagen über psychiatrisch-auffälliges Verhalten als besonderer Aspekt des Mißbrauchs- bzw. Abhängigkeitsverhaltens formuliert sind. Damit sind Verhaltensextreme und ihr pathologischer Entstehungskontext beschrieben; ein Rückschluß auf die "normale" Alltagspraxis, etwa auf das mäßige Konsumieren von Alkohol, das verbreitete Rauchen oder den alltäglichen Umgang mit dem Körper ist problematisch.

Eine zweite Einschränkung - so plausibel die Interaktionsprozesse in ihrer Bedeutung für die Genese des infragestehenden Verhaltens sind und so naheliegend die Verweigerung des Essens oder der Griff zur illegalen Droge erscheinen - liegt in der Vernachlässigung der sonstigen Einflußfelder, in denen Jugendliche sich bewegen und die mit steigendem Alter an Bedeutung gewinnen. (Wir werden in III.6 einen Versuch der Intergration der wesentlichen Felder Familie und außerhäusliche jugendliche Lebenswelt diskutieren.)

Als derart eingeschränkter ist der Ansatz dennoch - besonders deutlich am Beispiel der Anorexia nervosa - relevant für die Entstehung auch Mädchenspezifischen (allerdings: pathologischen) Verhaltens: Die Aussagen zur Entstehung der Magersucht beschreiben eine - wenn auch extreme Form - weiblicher Sozialisation (vgl. V,6.2).

3. DAS BILD VON JUGENDLICHEN MIT PROBLEMATISCHEM GENUSS- UND RAUSCHMITTELKONSUM BZW. GESUNDHEITSVERHALTEN

3.1 Persönlichkeitsmerkmale und Wertorientierungen

Es ist in der Gesundheitsforschung bezogen auf die Bereiche Rauchen, Alkohol und illegale Drogen weit verbreitet, Persönlichkeitszüge für Verhaltensausprägungen verantwortlich zu machen; im psychiatrischen Bereich gehört die Persönlichkeitsbeschreibung in der Regel mit zur Darstellung des jeweiligen Krankheitsbildes. Der Zusammenhang zwischen einem bestimmten Verhalten und den sonstigen Wertorientierungen ist dagegen eher deskriptiv, ordnet das Verhaltensmuster in einen Orientierungsrahmen ein und beansprucht nicht eine (mono)kausale Erklärungsrelevanz.

Im folgenden wird eine Beschreibung charakterisierender Merkmale für Jugendliche, die ein uns interessierendes Muster zeigen, zusammengestellt. Das Material ist zwar für Jugendliche - verglichen mit Erwachsenen - mager, reicht aber aus, um ein gewisses Bild zu entwerfen.

- Alkoholgefährdete weisen überdurchschnittlich hohe Werte auf in den Bereichen "Aggressionen", die sich u.a. in häufigen Prügeleien ausdrücken, und "Reizhunger", der "auf dem Sprung nach neuen und aufregenden Erfahrungen ist" (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 56). Narzißtische Verschmelzungswünsche werden in schwächerem Maß geäußert. Die geringe Spannungstoleranz der Alkoholgefährdeten beeinträchtigt ihre Fähigkeit, Befriedigungsaufschub, Enttäuschung ihrer Wünsche und Konflikte mit anderen Personen zu ertragen. Dies läßt die übersteigerte Aggressivität leicht in depressive Verhaltensweisen umkippen (ebenda). KLEIN/SIEMON (1985) arbeiteten bei Jugendlichen drei Modalcluster heraus: Den (männlichen) intrapsychisch und interaktional auffälligen, nur vom Alkohol Abhängigen mit hohen Werten für Nervosität, Aggressivität, Depressivität,

Erregbarkeit, emotionale Labilität, aber auch Offenheit; den (männlichen oder weiblichen) Politoxikomanen mit starken intrapsychischen Konflikten (Hemmungen, Selbstwertprobleme), mit hohen Werten für Nervosität und Depressivität und niedrigen Werten für Geselligkeit, Gelassenheit, Extraversion und Maskulinität; den Alkoholabhängigen ohne Persönlichkeitsauffälligkeiten. Starke Konsumenten orientieren sich deutlich stärker "weg von der Familie hin zu anderen Jugendlichen" (JACOBSEN/STALLMANN 1985, 399), fühlen sich von ihren Eltern eher gegängelt und kontrolliert, woraufhin sie sich dem Kontakt zu den Eltern entziehen und emotionale Distanz schaffen. Sie demonstrieren eine Selbstsicherheit, die im Widerspruch zu ausgeprägten Fluchtgedanken (bis hin zu Selbstmord) steht (a.a.O., 400).

FISCHER (1985) beschreibt dagegen Jugendliche, die eine positive Einstellung zu Alkohol haben (also nicht nur exzessive Konsumenten). Sie sind in höherem Maße jugendzentriert als Jugendliche, die Alkohol ablehnen. Auch sind sie stärker davon überzeugt, daß Erwachsene vieles falsch sehen/machen, setzen das richtige Alter für bestimmte selbständige Erfahrungen und Entscheidungen niedriger an und wollen in stärkerem Maß ihre Kinder anders erziehen, als sie selbst erzogen wurden. Bestimmte Entspannungstechniken werden von ihnen stärker genutzt: In der Badewanne dösen, mit Freund/Freundin sprechen. Sie sind geselliger und seltener zuhause. Sport und Lesen reizt sie im Vergleich zu Alkohol ablehnenden Jugendlichen weniger, Flirt und Reisen mehr. Sie neigen stärker zu kleinen Ausbrüchen aus der geregelten Welt (a.a.O., 46). Abstinente Jugendliche gelten eher als familienzentriert (JACOBSEN/STALLMANN 1985, 400).

- Rauchende Jugendliche werden durch einen ausgeprägten Jugendzentrismus und eine starke Orientierung "weg von zuhause" charakterisiert. Während nichtrauchende Jugendliche häufiger traditionelle Werte vertreten, sind diese

Werte Rauchern/innen unwichtig; das Hauptziel der rauchenden Jugendlichen ist "Selbstbehauptung". Sie neigen zudem stärker zu politisch alternativem Handeln und zu Alltagsflips, erproben mehr kleine Ausbrüche aus dem Alltag und fühlen sich mehr von der Friedensbewegung, der Frauenbewegung und Motorradfans angezogen (FISCHER 1985, 40f).

- Für die Kombination von Rauchen und Trinken gilt eine hohe Bedeutung des Kontaktes zu Gleichaltrigen und der Integration in eine Bezugsgruppe. Jugendliche, die nicht rauchen und dem Alkohol ablehnend gegenüberstehen, haben häufiger Vorbilder aus dem familiären Bereich, passen sich eher den herrschenden Normen an und legen mehr Wert auf Anerkennung durch Erwachsene (FISCHER 1985, 47f).
- Die Drogenpersönlichkeit, die für den Konsum illegaler Drogen verantwortlich gemacht wird, soll Eigenschaften wie Labilität, geringe Frustrationstoleranz, Depressivität und Nervosität vereinigen. HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF (1985) fügen positive Eigenschaften an und verweisen auf die Tatsache, daß es gerade den Konsumenten gelingt, gegen die negative Bewertung ihres Handelns ein positives Selbstbild aufrechtzuerhalten; zudem weisen sie weniger Defizite im Bereich menschlicher Beziehungen auf (a.a.O., 106). Als wichtiger Zug gilt der "Reizhunger" in Verbindung mit Selbstaggressionen und narzißtischen Depressionen (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 87f) oder aufgrund eines "Erlebnisdefizits" (HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 106) sowie das starke Bedürfnis, ein Gruppenbewußtsein und enge, vertraute Beziehungen außerhalb des Elternhauses aufzubauen (BMJFG 1983, 71). Der größere Bezug zu Gleichaltrigen geht Hand in Hand mit einer größeren Distanzierung vom Elternhaus: nach PULSTHORNBURN (1983) zeigen drogenerfahrene Mädchen ihre Distanz(ierung) vom Elternhaus über das Eingehen früher Partnerschaften (a.a.O., 304). Dies schlägt sich auch in Wertorientierungen nieder: während mit abnehmender Drogendistanz das Bewahren von Tradition und guter Gesund-

heit ebenso wie Macht, Erfolg und Ansehen weniger wichtig sind, nimmt die Bedeutung von Selbstsicherheit, Zärtlichkeit und Sexualität kontinuierlich zu. Leichten Konsumenten ist eine humane Gesellschaft, politische Aktivität und der Abbau von Autoritäten im Vergleich mit anderen Konsumgruppen am wichtigsten (HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 138ff). Entsprechend hegen Drogenkonsumenten eine größere "Sympathie zur Alternativbewegung" (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 86) und wollen mehr als andere Jugendliche ihre Kinder anders erziehen, als sie selbst erzogen wurden (BMJFG 1983, 65).

Nach Geschlecht aufgeschlüsselt - und allein für den Konsum der weichen Droge Marihuana - liegt nur eine amerikanische Untersuchung vor (JESSOR/JESSOR 1977 und 1978): Ihre Ergebnisse legen die Vermutung nahe, daß die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht sonderlich groß sind. Weibliche, in zwei aufeinanderfolgenden Jahren kontinuierlich Marihuana nehmende Jugendliche zeigten höheren Nonkonformismus, einen höheren Anregungsgehalt in der Umgebung, eine geringere Wertschätzung von Erfolg und eine höhere Wertschätzung von Unabhängigkeit sowie größere Entfremdungserscheinungen (alienation) als die über zwei Jahre hinweg abstinenten Gegengruppe. Eine positive Haltung gegenüber Sexualität und Alkohol geht bei den konsumierenden Mädchen Hand in Hand mit einer größeren Toleranz gegenüber sozialer Devianz. Der Einfluß von Freunden (Peers) ist bedeutender als der der Eltern, von denen die Mädchen wenig Unterstützung erfahren. Beide Einflußfelder - Eltern und Peers - zeigen zueinander widersprüchliche Wertmuster. Für männliche Jugendliche zeigten sich vergleichbare Ergebnisse.

- Die Persönlichkeit und der Orientierungsrahmen der Anorektikerin nimmt sich dem gegenüber vollkommen anders aus: sie wird beschrieben als passiv, unterwürfig, Überangepaßt und voll hinter den von den Eltern vertretenen traditionellen Werten stehend. Sie kompensiert

Versagensgefühle mit Ergeiz, Ausdauer und Perfektionsdrang. Die Orientierung am familiären Rahmen nimmt im Laufe der Erkrankung noch wesentlich zu; in der Regel zieht sie sich auch sukzessive aus Sozialkontakten mit Gleichaltrigen zurück (vgl. V, 6.2). Die Persönlichkeit der bulimischen Patientin ist vor allem von einer starken Störung der Selbstkontrollfähigkeit geprägt mit der Folge, daß Bedürfnisaufschub nur schwer erträglich ist. Kritik- und Kontaktangst paaren sich mit Depressivität und emotionaler Labilität (PAUL 1985, 147f).

Zur Relevanz des Ansatzes, ein bestimmtes Verhalten kausal mit Persönlichkeitszügen zu erklären, gibt es allgemein äußerst widersprüchliche Einschätzungen; zumeist dominiert die Mahnung zur Vorsicht bei der Interpretation (für Anorexia: GUTEZEIT 1981, 179; für Bulimia: PAUL 1985, 148; für Alkohol: GÖTTE/WEGENER 1982, 290; für Rauchen: WETTERER/HELFFERICH 1983, 41f). Wir wollen auf diese Diskussion nicht weiter eingehen, da das Pochen auf stabile Faktoren wie "Persönlichkeit" wenig angebracht ist bei der Untersuchung einer Gruppe, die sich in einer vehementen Entwicklungsphase befindet. Für uns ist es günstiger, gewisse Ergebnisse aus diesem Bereich als Dispositionen zu begreifen und in Beziehung zu sich verändernden Lebenssituationen zu setzen. Der jugendsoziologische Aspekt der Wertorientierung beansprucht weniger, der kausalen Erklärung zu dienen, sondern vielmehr der Deskription eines komplexen Orientierungsrahmens, der allerdings auch stärker als prozessuale Größe berücksichtigt werden sollte.

Wesentliche Merkmale der in den einzelnen Verhaltensbereichen beschriebenen Syndrome gruppieren sich um das Verhältnis zu den Eltern, beschreibbar als "Einbindung versus Distanz", und um das Verhältnis zu den Gleichaltrigen, beschreibbar als "Orientierung versus sozialer Rückzug". Die Einschätzung der Erklärungsrelevanz für mädchenspezifisches Verhalten fällt nun insofern schwer, als wir wenig wissen

Über den Ort von Mädchen heute, angesiedelt im Spannungsfeld zwischen Familie und Gleichaltrigen. Von daher können wir kaum beurteilen, wo geschlechtsunspezifisch formulierte Aussagen Scheinkorrelationen aufsitzen, weil sie eigentlich nur die Geschlechtszugehörigkeit messen, nicht aber das Verhaltens selbst.

In der Jugendgesundheitsforschung finden sich hierzu zwei konkurrierende Annahmen, die allerdings selbst weder empirisch überprüft sind noch theoretisch fundiert und so bestenfalls hypothetischen Charakter haben: Zum einen wird die These der "stärkeren familiären Bindung von Mädchen" vertreten. Damit begründet z.B. STIMMER (1980, 83), daß das Verhältnis zu den Eltern das Trinkverhalten der Mädchen stärker beeinflusst als das der Jungen. Auf der anderen Seite wird (z.B. von LOPEZ/HOFFMEISTER 1984) eine höhere Beziehungsintensität der Mädchen konstatiert und einen stärkeren "Zwang zur Anpassung", weshalb die Peers in bestimmten Entwicklungsphasen einen größeren Einfluß auf Mädchen als auf Jungen haben.

Immerhin können wir aus dem zusammengestellten Material heraus grob drei Gruppen nach "typischen Mustern" bilden: Die erste Gruppe sind die aufsässigen Alkoholgefährdeten; rauchende Jugendliche, positiv zu Alkohol eingestellte und (nicht exzessiv) illegale Drogen konsumierende Jugendliche mit ihrer Betonung von Selbstständigkeit und der Orientierung "weg von zuhause", "hin zu Peers" bilden die zweite Gruppe; die familienorientierte und sozial scheue Anorektikerin steht exemplarisch für die dritte Gruppe. In diesen drei Gruppen sind Mädchen nun unterschiedlich stark repräsentiert: Unter den Alkoholgefährdeten sind Mädchen seltener, in der mittleren Gruppe gleichen sich die Verhaltensmuster an, in der dritten Gruppe finden sich fast ausschließlich Mädchen. Das bedeutet aber, daß der Variable Geschlecht doch eine Bedeutung zukommt und wirft komplexe Fragen nach dem Zusammenhang zwischen Orientierungsmustern,

familiärer Bindung versus Bezugsgruppenintegration, Gesundheitsverhalten und Geschlechtszugehörigkeit auf. Wir werden diese Zusammenhänge in Teil VI noch einmal aufgreifen, nachdem wir auch zur Klärung der Mädchenspezifischen Situation Forschungsergebnisse zur weiblichen Sozialisation bemüht haben.

3.2 Freizeitverhalten

Auch hier wird eher deskriptiv ein Bild des konsumierenden Jugendlichen entworfen, als daß eine Hypothese zu einem Kausalzusammenhang zwischen Konsumverhalten und spezifischer Freizeitgestaltung belegt werden soll. Konsumverhalten und Freizeitverhalten werden als Teile einer komplexen, übergreifenden Orientierung eingeordnet; gleichzeitig wird die Relevanz der Freizeitsituationen als Konsumsettings beschrieben.

- Für rauchende und trinkende Jugendliche bietet sich ein konsistentes Bild: Die Aneignung von Konsumerfahrungen ist verbunden mit der Aneignung zunächst der halbprivaten (Geburtstagsfeiern, Partys, Feten) und dann der öffentlichen Vergnügungskultur (Discotheken, Konzertbesuche; zunächst nur am Wochenende; vgl. FRANZKOWIAK 1986, 75). Daß rauchende Jugendliche und Konsumenten von Alkohol häufiger als Abstinente in Discos gehen (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 55; BMJFG 1983, 47 und 97), belegt noch einmal die Verbundenheit der Aneignungsweisen. Die Disco ist aber nicht nur Konsummöglichkeit, sondern als "Milieu" mit verankerten Konsumritualen auch Konsumnotwendigkeit: Alkohol gehört dazu. Dies gilt auch für jene Tätigkeiten wie Kartenspielen, Flippern und Kickern, die von Alkoholgefährdeten überdurchschnittlich häufig angegeben werden (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 54). Insgesamt geht eine besonders große Anzahl der alkoholgefährdeten Jugendlichen Freizeittätigkeiten nach, "bei denen der Konsum alkoholo-

lischer Getränke fast wie selbstverständlich zum erwarteten Verhaltensmuster gehört." (BMJFG 1983, 47). Alkoholgefährdete teilen mit rauchenden Jugendlichen die Vorliebe für passiv-aufnehmende Freizeittätigkeiten (nichts tun, gammeln, Musik hören, Konzerte besuchen, Auto/Motorradfahren); mit starkem kommunikativem Aspekt (GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 293ff).

- Konsumenten illegaler Drogen sind ebenfalls häufiger Mitglieder in Jugendcliquen und gehen häufiger in Discos. Auch sie üben vornehmlich Freizeittätigkeiten aus, die einer passiv-rezeptiven Haltung und dem Bedürfnis nach Reizsuche entsprechen (BMJFG 1983, 71; HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 116). "Diese Verhaltensweisen lassen sich als Teil des mit dem Konsum von Drogen verbundenen subkulturellen Umfeldes verstehen."(ebenda).
- In allen drei Bereichen Abstinente favorisieren vergleichsweise weniger Tätigkeiten wie Tanz, Flirt und Reisen; sie treiben stattdessen häufiger Sport (FISCHER 1985, 39 und 46; BMJFG 1983, 72 und 98; JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 55 und 83).

Bezogen auf die Freizeittätigkeit der Alkoholgefährdeten wird wieder deutlich, daß diese Aussagen für Mädchen weniger relevant sind: Mädchen spielen weniger Karten, flippern und kickern weniger (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 54); dies sind aber alkoholaffine Freizeitbetätigungen. Bezogen auf die anderen Freizeittätigkeiten stellt sich die Frage nach Mädchenspezifischen Prioritäten und deren eventuellem Einfluß auf das Konsumverhalten. Wir werden die Ergebnisse aufgreifen zum einen unter dem subkulturellen Aspekt - wobei offensichtlich die verschiedenen Drogen mit verschiedenen subkulturellen Kontexten verbunden sind - bzw. im Zusammenhang mit gruppenspezifischen Drogenstilen. Zum anderen gehen wir auf die Tätigkeiten im Rahmen von Entspannungs- und Bewältigungstechniken ein und werden dort die Frage der Geschlechtsspezifität weiter verfolgen.

4. DIE RELEVANZ VON PEER-GROUP-ANSÄTZEN ZUR ERKLÄRUNG DES GESUNDHEITSV ERHALTENS BZW. GENUSS- UND RAUSCHMITTEL-KONSUMS WEIBLICHER JUGENDLICHER

Es herrscht weitgehend Einigkeit, daß - geschlechtsunspezifisch - dem Einfluß der Gleichaltrigen eine wesentliche Bedeutung für die Herausbildung von Verhaltensmustern bei Jugendlichen zukommt. Dies gilt allerdings nicht ganz verhaltensunspezifisch: Die Bedeutung der Peers ist nur für das Rauchen, das Trinken von Alkohol und die Einnahme illegaler Drogen untersucht bzw. als relevant befunden worden. Bezogen auf den Konsum von Medikamenten und das Ernährungsverhalten spielen die Peers keine Rolle; bei EBstörungen ist ein wesentliches Merkmal der Erkrankung gerade der Rückzug aus sozialen Bezügen zu Gleichaltrigen. Im folgenden geht es also nur um einen Teilbereich, einen Ausschnitt aus dem Spektrum der uns interessierenden Verhaltensweisen.

Der Einfluß Gleichaltriger ist auf verschiedene Weise interpretiert worden:

- Die Gleichaltrigen stellen Modelle dar, deren Verhalten übernommen wird.
- In der Gleichaltrigengruppen herrscht ein sozialer Druck, sich den rituell verankerten Konsummustern und gruppenspezifischen Drogenstilen anzupassen.
- Das Verhalten kann für Jugendliche einen gruppenbezogenen subjektiven Nutzen haben.
- Gleichaltrige repräsentieren die Zugänge zu einer spezifischen Freizeit- und Vergnügungskultur Jugendlicher.

Bevor die Ergebnisse im einzelnen dargestellt werden, ist ein Hinweis auf die Versuche angebracht, allgemein den Einfluß der Eltern gegenüber dem der Gleichaltrigen abzuwägen. Hierzu liegt ein Muster widersprüchlicher Aussagen vor. Pauschale Aussagen wie z.B. eine Quantifizierung des Verhältnisses von Eltern-Einfluß zu Peer-Einfluß in einer

Größenordnung von 5:1 (KANDEL/KESSLER/MARGULIES 1978 zitiert nach SILBEREISEN/KASTNER 1985, 205) erscheinen problematisch angesichts der Notwendigkeit nach Alter, Drogenart, Lebensbereich und Thematik zu differenzieren. Denn Einigkeit besteht nur dahingehend,

- daß die Bedeutung der Gleichaltrigen mit dem Alter der Jugendlichen zunimmt (z.B. FAHRENKRUG 1980, JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 21f; FRANZKOWIAK 1986, 73; LOPEZ 1986), um später, wenn die Konsummuster sich zu Gewohnheiten verselbständigt haben, wieder abzunehmen (dies gilt nicht für harte Drogen, denn die Beschaffungsnotwendigkeit der Droge bindet an die "Szene");
- daß die Größe von Eltern- und Peer-Einfluß sich von Suchtmittel zu Suchtmittel unterscheidet (vgl. UCHTENHAGEN 1982, 289);
- daß Gleichaltrige vor allem für Probiererfahrungen verantwortlich zeichnen, die Abhängigkeits- und Suchtkomponente aber vom Erziehungsverhalten bzw. Sozialisationsdefiziten beeinflusst wird (KANDEL 1978, zitiert nach TUDROP 1984, 45).

4.1 Erklärungsansatz "Gruppendruck"/"Gleichaltrigenmodelle" und "gruppenspezifische Drogenstile"

Die Vorstellung von der Modellwirkung Gleichaltriger wird von LOPEZ/HOFFMEISTER (1986) für das Rauchen formuliert: Die gleichaltrigen Gruppenmitglieder, die rauchen, Alkohol trinken oder illegale Drogen nehmen, dienen als eine Art "Trendsetter". Ihr Verhaltensmodell bezieht seine Verbindlichkeit aus Gruppenmechanismen, die eine Verhaltensübernahme positiv und Abstinenz negativ sanktionieren und die so einen Anpassungsdruck erzeugen (a.a.O., 25).

Unter jugendsoziologischem Aspekt ist vor allem die rituelle Verankerung des Verhaltensmusters im Gleichaltrigen-Kollektik wichtig; der Einstieg in den Konsum ist dann als

gruppenbezogener Einsatz der Droge (FRANZKOWIAK 1985, 33f) zu bezeichnen.

- Für Rauchen und Alkoholkonsum gilt ähnliches: Probiererfahrungen mit beiden Drogen werden in der Regel zusammen mit Gleichaltrigen gemacht. In III.3 wurde bereits darauf hingewiesen, daß für rauchenden und trinkende Jugendliche der Kontakt zu Gleichaltrigen und Integration in eine Clique wichtiger sind als für Abstinente. Der Peergroup-Zusammenhang gilt als das "vorrangige Konsumsetting" (für Alkohol: FRANZKOWIAK 1986, 93; einen Rückgang des Trinkens im Freundeskreis stellte allerdings JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 54 fest; für Rauchen: LOPEZ/HOFFMEISTER 1985, 25; LOPEZ 1983, 90ff). In der Retrospektive wird von Jugendlichen der "Clique" entscheidende Bedeutung für das Rauchen und Trinken beigemessen. Der Einfluß der rauchenden/trinkenden Freunde wird damit belegt, daß rauchende Jugendliche mehr rauchende Freunde/innen haben als nicht-rauchende (BMJFG 1983, 98); analoges gilt für alkoholtrinkende Jugendliche (a.a.O., 47). Das Anpassungsmotiv ist bezogen auf das Rauchen ausführlich von LOPEZ (1983, 98ff) beschrieben worden.
- Gruppensettings, in denen regelmäßig stark bis exzessiv Alkohol konsumiert wird, zeigen besonders deutlich die kollektive Verankerung des Verhaltens, dem sich die (männlichen) Gruppenmitglieder kaum entziehen können: Für männliche Auszubildende beschreibt FRANZKOWIAK (1986): "Vorrangig ist das kollektive Motiv, an den arbeitsfreien Wochenenden 'mal so richtig einen drauf zu machen'. Dazu gehört, sich 'natürlich in der Kneipe' zu treffen oder sich auf Parties 'ziemlich gut anzutörnen'." (a.a.O., 78). Für diese Formen des Alkoholkonsums ist der Anpassungsprozeß plastisch von BERGER/LEGNARO (1980, 119) beschrieben worden.
- Bei Konsumenten illegaler Drogen hat der Freundeskreis/das Umfeld ebenfalls eine wichtige Funktion für den Erstkon-

takt mit der Droge; die Bedeutung der Gruppe liegt aber weniger in der Verführung, sondern in der Stabilisierung des Verhaltens (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 72 und 86). Dem BMJFG (1983) zufolge sind Drogenerfahrene in stärkerem Maß in Cliques Gleichaltriger eingebunden - und in diesen Cliques haben sie häufiger rauschmittelerfahrene Freunde als es Abstinente haben (a.a.O., 71). Die Bindung an die Gleichaltrigen über die Beschaffungsnotwendigkeit der Droge stellt bei Abhängigen von 'harten' Drogen allerdings eine besondere Struktur her: So verlieren z.B. Heroinabhängige sukzessive ihre Bindungen an nicht drogenabhängige Freunde/innen (vgl. KREYSSING/KURTH 1984, 73). Insgesamt kann die Bedeutung der Gruppe nicht ohne eine Differenzierung nach den nach Drogen (harte Drogen, weiche Drogen, Amphetamine etc.) variierenden gruppenspezifischen Drogenstilen erfaßt werden.

Die Relevanz dieses Ansatzes für Mädchenspezifisches Verhalten soll erst diskutiert werden, wenn wir das Einflußmotiv der (passiven) Anpassung im nächsten Abschnitt um die Komponente des subjektiven, gruppenbezogenen Nutzens erweitert haben.

4.2 Erklärungsansatz "subjektive gruppenbezogene Funktionalität des Suchtmittels"

Für den Übergang vom probeweisen, von Neugier motivierten zum regel- und gewohnheitsmäßigen Konsum von Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen, ist der "subjektive gute Zweck" (FRANZKOWIAK 1983, 399), der "biographische" oder "psycho-soziale Nutzen" (HELFFERICH 1986, 129ff), der die "subjektive Vernunft" (FRANZKOWIAK 1986a, 12) der Mittel im Kontext der spezifischen biographischen Situation der/des Jugendlichen ausmacht, ein wichtiger Bedingungsfaktor. Über diese Funktionalität - so lautet die forschungsleitende Hypothese - lassen sich (auch unbewußte) Motivationen der

Jugendlichen dechiffrieren und das Verhalten alters- und kontextabhängig erklären. Aufgrund der Kontextabhängigkeit ist ein Teil der Motivationen gruppenbezogen, ein anderer gruppenunabhängig (die Funktionalität des Verhaltens für die Gruppe selbst, etwa als Steigerung der Gruppenkohäsion etc. soll hier außer Betracht bleiben; vgl. LOPEZ 1983, 100).

- Die mögliche gruppenbezogene Funktionalität des Rauchens umfaßt in der Literatur folgende Aspekte: Möglichkeit, sich in der Gruppe als "erfahren" darzustellen; Anpassung an das kollektive Konsumritual "Rauchen", die gratifiziert wird mit Bestätigung und Zugehörigkeitsgefühl (LOPEZ 1986, 90). Die Zigarette dient als "Erkennungszeichen und Symbol" (FRANZ.KOM./SOFRES 1983, 34); zudem enthält das Rauchen kommunikative Einsatzmöglichkeiten (FRANZKOWIAK 1986, 48).
- Bei Alkohol wurde von Jugendlichen "Stimmungsmache" assoziiert (FRANZKOWIAK 1986, 80); er steht für Geselligkeit (BMJFG 1983, 32); gemeinsames Trinken ist Ausdruck von Zugehörigkeit zur Gruppe und stiftet Verbundenheit (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 34).

Die Diskussion der Relevanz dieser variierten Peer-Gruppen-Ansätze für Mädchenspezifisches Verhalten folgt zunächst einem allgemeinen Argument: Die Eindimensionalität der Interpretationsrichtung 'Einfluß der Peers auf den/die Jugendliche/n' - wie sie im passiven Anpassungsmotiv den stärksten Ausdruck findet -, wird von KANDEL et al. (1980) dadurch aufgebrochen, daß diesem Einflußfaktor ("Sozialisation") der Eigenanteil der Jugendlichen, sich ihren Freundeskreis auszusuchen ("Selektion", "gleich und gleich gesellt sich gern") gegenübergestellt wird. Beim Marihuana-gebrauch z.B., so fanden die Autoren heraus, halten sich beide Prozesse der Sozialisation und der Selektion die Waage. Damit verschiebt sich aber die Frage nach den

verursachenden bzw. beeinflussenden Faktoren: Warum fühlen sich bestimmte Jugendliche von bestimmten Gruppen angezogen, deren Stile sie dann übernehmen?

Es gibt offensichtlich ein ganzes Spektrum möglicher Bezugsgruppen mit unterschiedlicher Größe, Geschlechterzusammensetzung, Bezug zu Ausbildungs-/Arbeitssituation, Zielsetzungen etc. und jede dieser Gruppen hat - mit den spezifischen Gruppenmerkmalen verbunden - ihre eigenen Rituale bezogen auf den Umgang mit Alkohol, Tabak und illegalen Drogen entwickelt. (Diese verschiedenen Gruppen haben zudem phasenspezifisch wechselnde Bedeutungen; informelle Mitgliedschaften können sich überlagern, ablösen etc.) Mit der Wahl der möglichen Bezugsgruppe, zu der der/die Jugendliche gehören möchte, werden auch diese Konsumstile gewählt - oder möglicherweise umgekehrt: Mit einer bestimmten Drogenpräferenz wird eventuell eine entsprechende Bezugsgruppe gewählt. Es bleibt also die grundlegende Frage offen, in welchem Zusammenhang die Motive der Wahl jeweils stehen. Um unseren Einwand noch einmal an einem saloppen Beispiel zu verdeutlichen: Wenn ein Mädchen als Mitglied einer Rockergruppe den Gruppenritualen entsprechend Bier trinkt, ist damit noch nichts darüber gesagt, warum sie Mitglied in dieser Gruppe wurde bzw. werden wollte - das letztere könnte aber von entscheidender Bedeutung für ihren Bierkonsum sein.

Das Beispiel "Mädchen in einer Rockergruppe" ist ungewöhnlich; Rocker sind in der Regel Jungen/Männer. Damit belegt das Beispiel, daß es jungen- und Mädchenspezifische Geselungsformen gibt, daß also somit die Wahl einer Bezugsgruppe - und damit die Übernahme der gruppenspezifischen Konsumrituale - auch von geschlechtsspezifischen Barrieren und Zugangschancen gesteuert ist.

Die Wahl einer Bezugsgruppe beinhaltet nun aber nicht nur die Wahl eines bestimmten Konsumstils, sondern auch die Wahl

eines Verhaltensraumes, der bestimmt ist durch die gruppentypisch realisierbaren Geschlechtsrollen. Alle möglichen Gruppenkontexte verlangen ihren Mitgliedern mehr oder weniger ein Geschlechtsrollenverhalten ab. Dieses kann je nachdem stärker traditionelle oder eher emanzipative Züge tragen - immer aber müssen Jugendliche in der Gruppe als Mädchen oder als Junge ihren Platz finden. Zur Illustration können einerseits jene Cliques (älterer) Auszubildender dienen, in denen Alkoholräusche quasi zur Gruppensozialisation gehören, und die (häufig genug frauenverachtende) "Männergemeinschaften" bilden, die Frauen nur marginale Rollen zuweisen. Andererseits sind die Verhaltensfreiräume, die Mädchen eingeräumt werden, in der als sexuelle aufgeschlossen geltenden (s.o.) Drogenszene vergleichsweise größer. (Die Spezifik einzelner subkultureller Kontexte wird in V wieder aufgegriffen, wenn es um die Einbindung des infragestehenden Verhaltens in die Alltagspraxis der Mädchen geht.)

Der spezifische Umgang mit Alkohol, Zigaretten und illegalen Drogen hat vor diesem Hintergrund immer eine Bedeutung in der Hinsicht, inwieweit er sich mit - gruppenspezifisch verlangten - Geschlechtsrollendarstellungen verträgt: Das Verhalten des Mädchens wird immer daran gemessen, ob sie dabei "Mädchen" bleibt; die Sanktion der Gruppe, wenn sie diese Normen verletzt, bestehen darin, ihr die Weiblichkeit abzuspochen. Selbstdarstellungen über spezifische Umgangsformen mit Drogen als Verhaltensausschnitt können nicht geschlechtsneutral durchgehalten werden.

Aus den Beispielen wird deutlich, daß sich die einzelnen Gruppen in der Rigidität der Festlegung unterscheiden, was Mädchen als Mädchen dürfen, um weiterhin als Mädchen behandelt zu werden. Die Freiheitsgrade der gruppenspezifischen Geschlechtsrollen bestimmen erst, welche gruppenbezogenen subjektive Funktionalität ein bestimmtes Verhalten besitzen kann.

Der Erklärungsansatz "Anpassungsdruck an Modelle/Rituale" und "subjektiver gruppenbezogener Nutzen" lassen also wesentliche Fragen offen: Warum fühlen sich Mädchen von bestimmten Gruppen mit bestimmten Drogenstilen und mit bestimmten eigenen traditionellen oder egalitären Normen zum Geschlechtsrollenverhalten hingezogen? Welche Attraktivität besitzt die Droge, welche Attraktivität bestimmte Chancen und Risiken der Geschlechtsrolle, und welche Attraktivität besitzt die Bezugsgruppe, in der diese Stile realisiert werden? Welche geschlechtsspezifischen Mechanismen steuern die Aufnahme von Beziehungen zu Gleichaltrigen und Integration in Bezugsgruppen?

In der Auslassung dieser Spezifizierung erscheint das Anpassungsmotiv zu passiv: Der/die Jugendliche erscheint ohne ihr Zutun in eine Clique hineingestellt. Es ist gleichzeitig zu formal, wenn nur ein Mechanismus beschrieben wird, nicht aber die Differenzierung gemacht wird, daß die "Bezugsgruppen" bezogen auf Geschlechtsrolle und Konsumstile völlig verschieden sein können. Die Anpassung beschreibt nicht das "An was" des Anpassens. Die Beschreibung der rituellen Verankerung von Konsummustern in Gruppenstilen und der Ansatz, der die subjektive Funktionalität darauf bezieht, besitzt eine virtuelle Relevanz zur Erklärung Mädchenspezifischen Verhaltens, sofern er nämlich Gruppen auch als sich z.T. radikal unterscheidende Realisierungskontexte von Geschlechtsrollenverhalten differenziert.

5. RELEVANZ DES ERKLÄRUNGSANSATZES "BEWÄLTIGUNGSHANDELN"

Die im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen (Erwachsener) entwickelten Belastungs-/Bewältigungskonzepte (z.B. BADURA 1981, v.TROSCHKE/v.STÜNZNER 1984; stärker psychoanalytisch orientiert: HAAN 1977) oder das Streßkonzept (z.B. LAZARUS 1982, MILLER 1980) setzen das Bedürfnis beim Menschen voraus, Belastungen auszugleichen und Konflikte zu lösen/aushaltbar zu machen: Konflikte, Belastungen und Streß evozieren beim Individuum die Entwicklung von Bewältigungsstrategien. Diese Strategien können die Form eines spezifischen Gesundheitsverhaltens annehmen (dabei sei hier nicht unterschieden zwischen dem passiven, ausweichenden "defending"-Aspekt und der aktiven "coping"-Auseinandersetzung; wir fassen beide Aspekte unter einem Oberbegriff des "Bewältigungshandelns" zusammen; vgl. HELFFERICH 1986, 88; TUDROP 1984, 277ff). In der empirischen Forschung wird die Bedeutung eines gesundheitsbezogenen Verhaltens wie Rauchen, Alkoholkonsum oder Entwicklung psychosomatischer Beschwerden zu Belastungen in Beziehung gesetzt; dabei wurden die Belastungen vornehmlich im Arbeitsbereich operationalisiert (z.B. REUTER 1984). Als Beleg für den Charakter von Rauchen als Bewältigungshandeln gilt eine positive Korrelation zwischen hohen Belastungen und erhöhter Konsumintensität von Nikotin.

Neuere Forschungen begreifen "Belastung" weniger als absolute und isolierte Größe, sondern als relationale: Die Belastung ist in Beziehung zu setzen zu kompensierenden positiven Größen (wie z.B. Handlungsfreiräume etc.; vgl. SIEGRIST et al. 1980) bzw. geht ein in die Bilanz des Verhältnisses "zur Bewältigung zur Verfügung stehende Ressourcen" - "zu bewältigende Belastungen". Sofern kein Mißverhältnis vorliegt, d.h. die Ressourcen zur adäquaten Bewältigung nicht ausreichen, und somit die Belastungen nicht zu Überforderungen werden, können sie durchaus einen Entwicklungsanreiz darstellen.

Z.T. verschiebt sich der Akzent der Forschung gänzlich auf die Feststellung von (z.B. sozialisatorischen) Behinderungen bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien. Das Gesundheitsverhalten von Frauen wird so mit dem Topos "Flucht in die Krankheit/zu Medikamenten/in den Alkohol" als evasive und defensive Daseinstechnik interpretiert, die ihre Logik daraus bezieht, daß andere Formen von Interessendurchsetzung und Konfliktlösung in der weiblichen Sozialisation nicht gefördert werden (z.B. SCHWENKEL-OMAR 1980; FRANSSEN 1981; vgl. hier IV, 5).

In der Jugendgesundheitsforschung findet sich sowohl die Frage nach besonderen belastenden Konfliktlagen bei Jugendlichen, die ein problematisches Gesundheitsverhalten zeigen, als auch die Frage nach eingeschränkten Konfliktlösungsmöglichkeiten. Als Probleme gelten Schul- und Ausbildungsplatzprobleme und Arbeitslosigkeit. Familiäre Schwierigkeiten sind mit einer Reihe Indikatoren operationalisiert wie Ausreißen, schlechte Beziehung zu den Eltern, frühe Aufnahme von festen Partnerschaften, häufiger Streit. Eingeschränkte Konfliktlösungsfähigkeiten werden z.T. auf der Ebene von Sozialisationsdefiziten, auf der Ebene der Übernahme unangemessener Konfliktstrategien von den elterlichen Modellen und auf der Ebene von Persönlichkeitszügen angesiedelt. Gemeinsam ist diesen Ansätzen, daß die lebensgeschichtliche Bedeutung z.B. des Drogenkonsums oder der Eßstörungen sich aus der Funktionalität als "Ausweichstrategie" ergibt, da adäquate, den Belastungen angemessene Muster nicht erlernt wurden (vgl. HURRELMANN/VOGT 1985).

- Es wurde allgemein "eine gewisse Konfliktkonstellation zwischen Schule und alkoholgefährdeten jungen Leuten" festgestellt (BMJFG 1983, 46). Gefährdete klagen vermehrt über (psychische) Belastungen in Schule und bei der Arbeit (a.a.O., 47). Zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholkonsum liegen widersprüchliche Angaben vor:

nach JUGEND FRAGT JUGEND (1986) existiert ein Zusammenhang in Bayern, für die gesamte BRD wurde er jedoch nicht bestätigt (BMJFG 1983, 22). Schulprobleme standen in einer Berliner Untersuchung nur für Jungen (und bei Mädchen tendenziell für die Gymnasiastinnen) in einem Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Die Mädchen klagten zwar mehr über Schulprobleme, tranken aber weniger Alkohol (GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 272f). Auch die familiären Probleme sind bei Alkoholgefährdeten größer, insbesondere ist das Verhältnis zum Vater schlechter. Alkoholgefährdete sind bereits häufiger als andere Jugendliche von zuhause ausgerissen (BMJFG 1983, 46). Zur Bewältigung dieser besonderen Problemlagen sind keine angemessenen Muster vorhanden: In der bayrischen Untersuchung JUGEND FRAGT JUGEND (1986) ergab sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Alkoholgefährdung und defizitären elterlichen Konfliktstrategien wie "Konflikte unter den Teppich kehren", "mit Scheidung drohen" etc. (a.a.O., 52; aus der Sicht der Jugendlichen). Aber auch durchschnittliche Belastungen wären aufgrund der persönlichen Handicaps Gefährdeter (z.B. "geringe Spannungstoleranz", vgl. S.93) überfordernd. "Sie fühlen sich bei alltäglichen Anforderungen leicht überanstrengt und würden unangenehmen Situationen am liebsten entfliehen, statt sie besser zu gestalten." (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 56). Alkohol dient angesichts dessen zur Ablenkung. Aber auch hier macht erst eine Differenzierung nach Geschlecht die Unterschiede deutlich: Männliche Gefährdete verdrängen Probleme mit Hilfe des Alkohols, weibliche leiden vermehrt unter ihren Schwächen und setzen Alkohol zur Selbstwertverbesserung ein (GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 336ff).

Jugendliche, die eine positive Einstellung zu Alkohol haben, haben häufiger als alkoholablehnende Jugendliche Probleme in der Schule bzw. am Ausbildungsplatz. Sie haben häufiger Streit mit den Eltern wegen ihrer Umgangsformen, ihren Leistungen und dem Durchsetzen eigener Entscheidungen (FISCHER 1985, 46).

- Ähnliches gilt für rauchende Jugendliche: Aufgrund ihres Pochens auf Selbständigkeit und der Ablehnung traditioneller Werte haben sie verstärkt Konflikte mit den Eltern (FISCHER 1985, 38). In der Schule erleben Raucher/innen mehr Spannungen und je höher die Konsumintensität, desto höher ist der Anteil an Klassenwiederholern (BMJFG 1983, 97). Unter den Arbeitslosen befinden sich im Vergleich mit anderen Gruppen der höchste Anteil an Rauchern (BMJFG 1983, 90). Auch hier werden Belastungen schnell zu Überforderungen, denn ein "rasch auftretendes Gefühl der Überanstrengung und eine vergleichsweise niedrige Spannungstoleranz sind (...) für Raucher kennzeichnend." (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 108). Größere Schwierigkeiten, mit Problemen fertig zu werden, bescheinigte auch DOUBRAWA (1980) weiblichen rauchenden Jugendlichen (a.a.O., 57).
- Es besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Konsum illegaler Drogen einerseits und objektiv problematischen Schul- und Ausbildungskarrieren sowie Arbeitslosigkeit andererseits (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 82). In der gleichen Studie wird festgestellt, daß die Drogenkonsumenten sich in den von ihnen genannten Belastungen nicht wesentlich von anderen Jugendlichen unterscheiden; vermehrt wurden Belastungen nur von den Politoxikomanen genannt. Die Probleme im Ausbildungsgang, wie sie sich für Drogenkonsumenten ergeben, rühren also nicht allein von den Belastungen her, sondern von einer Verweigerungshaltung gegenüber den Leistungsanforderungen der Gesellschaft (ebenda). Nach TUDROP (1984) können die Probleme aber auch Folge des Drogenkonsums sein ("sekundäre Proletarisierung", a.a.O., 380f; vgl. hier S. 59). Auch im familiären Bereich gibt es mehr Probleme: Drogenkonsumenten haben häufiger ein schlechtes Verhältnis zu ihren Eltern, umgekehrt nehmen Jugendliche, die unter Familienproblemen leiden, häufiger als andere illegale Rauschmittel (BZGA 1983, 26).
- Das Muster vorliegender Problemkonstellationen ist bei

Jugendlichen, die Medikamente einnehmen, undeutlicher als bei den vorher beschriebenen Konsumentengruppen. Jugendliche, die unter Familienproblemen leiden, greifen nicht vermehrt zu Medikamenten (BZGA 1983, 26). Das Problem der Erhebung mag darin liegen, daß mit Hilfe der Medikamente Probleme gerade "weggelutscht" werden können (VOSS 1985,109) und eine Anpassungsleistung mit dem Ergebnis äußerlicher Unauffälligkeit erbracht wird. Medikamentenkonsumentenkongsum gilt als "chemische Konfliktlösung" par excellence; die Korrelationen zwischen dem elterlichen Medikamentenkongsum und dem der Kinder (vgl. S. 79) wird als Erlernen des Reaktionsmusters "Griff zur Pille" vom Vorbild der Eltern beschrieben (z.B: FESER 1985, 93).

- Psychosomatische Beschwerden werden traditionell auf besondere psycho-soziale Belastungen zurückgeführt. HÜRRELMANN et al. (1986) konnten in einer Untersuchung bei 13- bis 16jährigen Schülern/innen das Auftreten psychosomatischer Störungen in Beziehung setzen zum Anstreben eines Bildungsabschlusses auf der Schule, der nicht dem der Eltern entspricht (höher oder niedriger ist), zu einer Abwärtsmobilität in der Schullaufbahn (Sitzenbleiben), zu einer ambivalenten Beziehung zu den Eltern und zu sozialen Konflikten im Elternhaus.
- Bezogen auf die Ernährungsstörungen liegen die besonderen Konflikte in der Familie weniger in der Distanz zwischen Eltern und Kind oder in der Verschiedenheit der Wertorientierungen, sondern in der Enge der Beziehungen und der rigiden Anpassung an die elterlichen Werte. Da die Anorektikerin z.B. Defizite mit Leistungsehrgeiz kompensiert, erscheint sie bezogen auf die Schule als problemlos. Nun läßt sich aber gerade die Anpassung, ein unzureichendes Selbstwertgefühl, Isolation und Versagensängste als ungenügende (Voraussetzungen für) Konfliktlösungsmechanismen interpretieren. Die Familie der Anorektikerin ist dadurch charakterisiert, daß Konflikte verdrängt und harmonisiert werden und alle Veränderungen

als bedrohlich empfunden werden (vgl. V, 6.2). Für die Bulimia nervosa und die Adipositas ist beschrieben worden, daß Essen in einem sehr frühen Lernprozeß als Reaktion auf Unwohlsein jeglicher Art eingeübt wird und später zum "Universalheilmittel" avanciert, zur vorrangigen Bewältigung von Streß. Mit dem sukzessiven sozialen Rückzug fallen zudem bei allen genannten EBstörungen andere Bewältigungsmöglichkeiten weg und das ohnehin vorhandenen geringe Selbstvertrauen und eingeschränkte Durchsetzungsvermögen verstärken sich (vgl. V, 6.3 und 6.4). Von dem bulimischen Mädchen wird gesagt, es gelinge ihm nicht, langfristige Problemlösungsstrategien zu entwickeln, den Aufschub unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung zu ertragen, sich offen durchzusetzen und 'nein' zu sagen (PAUL 1985, 147).

Der Coping-Ansatz besitzt eine hohe Erklärungsrelevanz vor allem für Erwachsene. Für Jugendliche kann das Konzept nur von der Wirkungsvorstellung, nicht aber von der Konkretisierung her einen Interpretationsrahmen bieten: Für Jugendliche muß nämlich "Belastung" anders begriffen werden: als jugendspezifische Belastung. Damit treten die quantifizierbaren, ergometrisch meßbaren Belastungen der Arbeitswelt in den Hintergrund, denn die Verarbeitung der altersspezifischen Veränderungen im Alltag stellt die besondere Belastung von Jugendlichen dar. Wir wollen daher den Coping-Ansatz spezifizieren, indem wir ihn auf das Konzept der "Entwicklungsaufgaben" beziehen.

Zusätzlich muß aber das Manko der fehlenden Unterscheidung nach Geschlecht aufgearbeitet werden. Das zusammengestellte Material belegt, daß "Bewältigung" nicht als universeller, formaler Mechanismus gefaßt werden kann, wenn es um die Klärung (mädchen-)spezifischen Verhaltens geht: Dort, wo nach Geschlecht differenzierende Daten vorliegen, zeigt sich, daß Mädchen andere Probleme haben als Jungen. Es wird z.B. die These vertreten, daß Mädchen mehr als Jungen unter

Störungen des familiären Systems leiden (vgl. UCHTENHAGEN 1982, 288). Bestimmte Probleme, unter denen Mädchen leiden - z.B. im Zusammenhang mit der großen Distanz zum eigenen Idealbild oder mit einer kritischen, unzufriedenen Haltung gegenüber dem eigenen Körper sind hier zudem noch gar nicht berücksichtigt und abgefragt worden. Es wird sich weiterhin zeigen, daß Mädchen lebensgeschichtlich andere Problemlösungsstrategien entwickeln (vgl. IV,5).

Um nun ein adäquates Erklärungsmodell für Mädchenspezifisches Verhalten zu entwickeln, werden wir im folgenden dem Ungenügen an den bisher referierten Ansätzen Rechnung tragen und eine Integration der wesentlichen Aspekte im Konzept der (allerdings auf die Mädchensozialisation hin zu konkretisierende) Entwicklungsaufgabe vorstellen (III, 6). In einem Exkurs werden wir dann Ergebnisse aus der empirischen Mädchenforschung zusammentragen, die uns die Formulierung der Mädchenspezifischen Entwicklungsaufgaben und der Mädchenspezifischen Bewältigungsstrategien ermöglichen (Teil IV). Mit dieser Konzeptualisierung werden wir die vorliegenden Daten zu den einzelnen Verhaltensaspekten geschlossen interpretieren (Teil V).

6. DAS KONZEPT DER ENTWICKLUNGSAUFGABEN

Wenn wir die in den vorangegangenen Kapiteln geäußerte Kritik zusammentragen und dabei zunächst den Aspekt außer Acht lassen, daß eine Erklärung des Mädchenspezifischen Verhaltens verfehlt wird, so ergeben sich daraus eine Reihe von Forderungen an einen Erklärungsansatz:

- Er soll auf jugendspezifische Fragestellungen zentrieren, also die Besonderheit der Lebensphase "Pubertät"/"Adoleszenz" in den Vordergrund stellen.
- Er soll den prozessualen Charakter des Entwicklungsgeschehens abbilden.
- Er soll die Bewährungsfelder "Familie" und "Gleichaltrige" in ihrer Relevanz nicht konkurrierend diskutieren, sondern den wechselseitigen Bezug sichtbar werden lassen.
- Er soll die komplexen Orientierungsprozesse von Jugendlichen auf sozial-kulturell verankerte Konzepte beziehen (z.B. von Weiblichkeit/Männlichkeit etc.).
- Er soll die aktive Eigenleistung der/des Jugendlichen z. B. in der Wahl eines bestimmten Verhaltens berücksichtigen und sie/ihn nicht nur als bloß prägbare Folie oder bloß passiv sich anpassenden Rezeptor verstehen.

Diesen Forderungen genügt weitgehend das Konzept der Entwicklungsaufgabe. Das in Frage stehende Verhalten wird - in Spezifizierung des Bewältigungskonzeptes - funktional auf die Lösung der Entwicklungsaufgaben bezogen. Es läßt sich interpretieren entweder als ausweichendes Verhalten bei Überforderung durch gescheiterte bzw. in der Lösung behinderter Entwicklungsaufgaben oder als passager hilfreiche Aneignung von symbolischen Ausdrucksweisen aus dem Fundus sozial und kulturell verankerter Verhaltensmuster als eine Stütze, Selbstvergewisserung oder demonstrative Abgrenzung im immer prekären (auch im Fall des Gelingens) Prozeß jugendlicher Identitätsbildung. Mit der Einmündung der kritischen Aufar-

beitung verschiedener Erklärungsansätze in die Darstellung des Entwicklungsaufgaben-Konzepts wiederholt sich ein Teil der Wissenschaftsgeschichte.

In der modernen Entwicklungspsychologie hat sich in den vergangenen 10 - 15 Jahren ein paradigmatischer Wandel vollzogen, der maßgeblich mit dem Begriff der Entwicklungsaufgabe und der Einführung eines "kontextuellen" bzw. "ökologischen" Paradigmas in die wissenschaftliche Debatte verbunden ist. In Abkehr von älteren, z.T. mechanistischen Stufenmodellen wird Entwicklung nunmehr als lebenslange konstruktive Auseinandersetzung des Individuums mit seiner Umwelt auf dem Hintergrund jeweils relevanter körperlicher Veränderungen, kultureller Erwartungen sowie individueller Wertorientierungen verstanden (OLBRICH 1985; DREHER/DREHER 1985 a,b).

Das Konzept der Entwicklungsaufgabe war bereits in den 40er und 50er Jahren Gegenstand umfangreicher Forschungen in Psychologie und Pädagogik (damals maßgeblich vom US-Forscher HAVIGHURST bestimmt) und hat im Zuge einer handlungstheoretischen Umorientierung der Entwicklungstheorien erneut an Bedeutung gewonnen. Die gegenwärtige Diskussion wird von der Auffassung bestimmt, daß der Mensch aktiver "Gestalter seiner eigenen Entwicklung" (LERNER 1984) ist. Die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ist somit nicht abzulösen von Prozessen lebenslangen Lernens, in denen das Voranschreiten der Individuen weder durch ihre biologischen Anlagen noch durch äußere Einwirkungen einseitig determiniert wird. Dem kontextuellen Paradigma liegt das Modell einer vielfachen Vernetztheit ontogenetischer Ebenen zugrunde.

Menschliche Entwicklung wird so als Geschehen betrachtet, auf dessen Verlauf und Ergebnis die Personen in allen Abschnitten der Lebensspanne Einfluß nehmen können. Angelpunkt von Entwicklung ist das - idealiter selbstregulierte - Handeln von Individuen (SILBEREISEN 1986). Da der Mensch im Kontext und in wechselseitiger Verflechtung mit seiner Umge-

bung betrachtet wird, bedeuten Veränderungen innerhalb der Lebensspanne sowohl Anpassungen von Personen wie auch aktive Beiträge dieser Individuen zu ihrer eigenen Entwicklung.

Mit Entwicklungsaufgaben werden gemeinhin solche Lebensereignisse und soziokulturelle Anforderungen bezeichnet, die erfolgreich und in der Regel auch eigenständig bewältigt werden müssen, um kulturell als notwendig angesehene Entwicklungsfortschritte im Sinne der Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten und umweltbezogener Handlungskompetenz zu erzielen. In einem umfassenden Definitionsversuch charakterisieren HURRELMANN et al. (1985) als Entwicklungsaufgaben "die kulturell und gesellschaftlich vorgegebenen Erwartungen und Anforderungen ..., die an Personen einer bestimmten Altersgruppe gestellt werden. Sie definieren für jedes Individuum in bestimmten Lebenslagen objektiv vorgegebene Handlungsprobleme, denen es sich stellen muß. Sie fungieren als Bezugssysteme, innerhalb derer die personelle und soziale Identität konstituiert werden muß" (a.a.O., 12). Im englischen Sprachgebiet bezeichnet man die Fixpunkte dieser lebensgeschichtlichen Auseinandersetzung als Entwicklungs-Meilensteine ("milestones": BENNETT 1984, 9).

Mit der "Wiederentdeckung" dieses Konzepts eröffnet sich auch die Möglichkeit einer Integration derzeit noch unverbundener Theorie- und Forschungsperspektiven. Für uns ist von besonderer Bedeutung, daß die Entwicklungsaufgabe einen konzeptionellen Schnittpunkt bedeutsamer Modellbildungen darstellen kann (vgl. DREHER/DREHER 1985a, 56):

- der Auffassung, daß sich Entwicklung über die gesamte Lebensspanne erstreckt;
- dem Modell, daß Entwicklungsverläufe in die Wechselwirkung von Individuum-Umwelt-Systemen eingebettet sind
 - eine Person sich ihrer Umwelt also nicht nur anpaßt, sondern sie sich vielmehr aneignet und zugleich verändert;

- sowie der Auffassung, daß die Individuum-Umwelt-Auseinandersetzung einen aktiven, bewußten und zielbezogenen (Handlungs-)Prozeß darstellt.

DREHER/DREHER (1985b) haben in Anlehnung an HAVIGHURSTS grundlegende Arbeiten die entsprechenden "Meilensteine" für den gesamten Entwicklungsabschnitt von der mittleren Kindheit über die Adoleszenz bis ins frühe Erwachsenenalter zusammengetragen. Die Darstellung auf der folgenden Seite verdeutlicht (in allgemeiner Formulierung) die Stufenfolge kindlicher und jugendlicher Bewältigung von Entwicklungsanforderungen und zeichnet die jeweiligen Querverbindungen zwischen einzelnen Schwerpunkten nach.

Mit der Einführung der kontextuellen Perspektive wird in den modernen Entwicklungstheorien herausgestellt, daß auch Heranwachsende über ihr Handeln einen aktiven und zielbezogenen, zuweilen auch individuell geprägten Einfluß auf ihre Entwicklung nehmen. Gerade die Feststellung der Selbstgestaltung von Entwicklung gilt für das Jugendalter nach OERTER "in besonderem Maße" (1985a, 1). Eine Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben erfolgt jedoch nicht nach einem Alles-oder-Nichts-Prinzip: den Heranwachsenden wird ein z.T. hohes Maß an Problemsuche, Lösungsfindung und Verhaltensexperimenten abverlangt. Entwicklungsfortschritte auf dem Weg zu einer "selbstregulierten" Lebensweise erfordern jugendliche Selbsttätigkeit unter Bedingungen von Unbestimmtheit, Komplexität und Widersprüchlichkeit (SILBEREISEN 1986).

Besonders in der Adoleszenz sehen sich die jungen Akteure allerdings einer Vielzahl von Aufgaben und Problemen gegenüber, weshalb Entwicklungsfortschritte nur selten gleichzeitig bzw. synchron in allen Bereichen vollzogen werden können. DREHER/DREHER beklagen in diesem Zusammenhang zu Recht: "Was Erwachsene an Jugendlichen registrieren, sind meist Defizite, während Fortschritte in der Bewältigung von

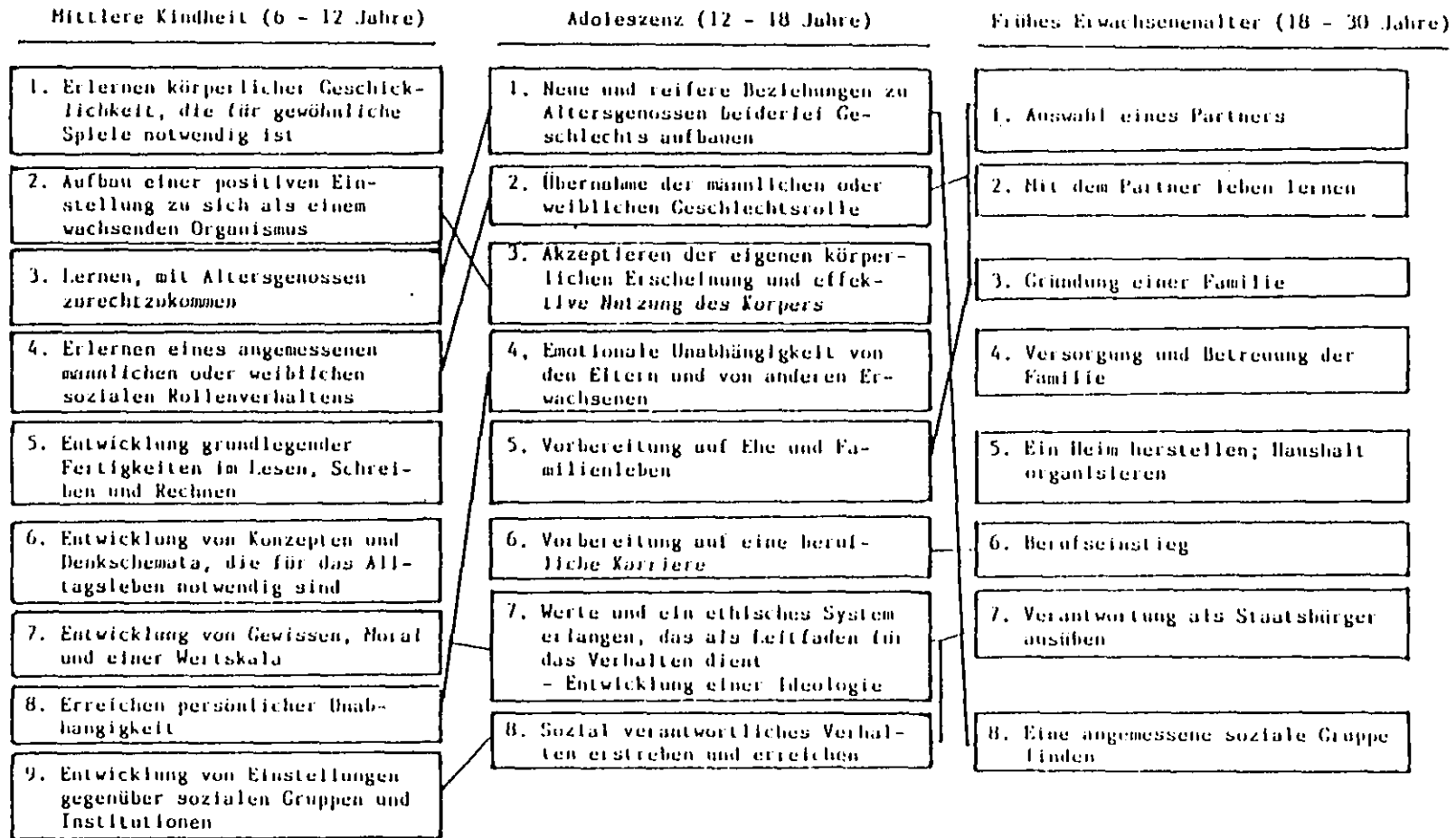


Abbildung 1: Entwicklungsaufgaben nach Havighurst unter life-span Perspektive

Problemen eher Selbstverständlichkeiten darstellen" (1985a, 57).

In der Adoleszenz erwachsen Entwicklungsaufgaben aus dem Zusammenwirken des organismischen Wandels mit soziokulturellen Ansprüchen an die Person sowie den damit einhergehenden psychischen (dabei vordringlich wertbezogenen) Veränderungen. Als weitgehend universell, zumindestens für Heranwachsende in neuzeitlichen entwickelten Gesellschaften, postuliert die gegenwärtige Forschung eine Gruppe von acht (HAVIGHURST 1948, 1972) bzw. zehn (DREHER/DREHER 1985a) Entwicklungsthemen und -herausforderungen. Diese Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz entstehen primär in der Familie und Peergruppe, bei den Ausbildungs- und Zukunftsvorstellungen, im Rahmen der Entwicklung eines Körperkonzepts und einer Ich-Identität sowie in der Rollenübernahme und der Entwicklung einer eigenen Weltanschauung. Die zuletzt angesprochenen zehn Entwicklungsschwerpunkte werden dabei wie folgt umschrieben^{*)}:

- KÖRPER

(Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung: Veränderungen des Körpers und sein eigenes Aussehen annehmen);

- PEER

(Aufbau eines Freundeskreises: zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts neue, tiefere Beziehungen herstellen);

- ABLÖSUNG

(von den Eltern unabhängig werden bzw. sich vom Elternhaus loslösen);

*) Die ersten 7 Themen dieser Liste von DREHER/DREHER (1985a, 36) sind von uns neu gruppiert worden. Die Autoren wählten ursprünglich die folgende Reihung: PEER, KÖRPER, ROLLE, INTIM, ABLÖSUNG, BERUF, PARTNER/FAMILIE, SELBST, WERTE, ZUKUNFT.

- INTIM
(Aufnahme intimer Beziehungen zum Partner - Freund oder Freundin);
- BERUF
(Wissen, was man werden will und was man dafür können bzw. lernen muß);
- ROLLE
(Sich das Verhalten aneignen, das man in unserer Gesellschaft von einem Mann bzw. einer Frau erwartet);
- PARTNER/FAMILIE
(Vorstellungen entwickeln, wie der Ehepartner und die zukünftige Familie sein sollen);
- SELBST
(Über sich selbst im Bilde sein: wissen, wer man ist, was man will);
- WERTE
(Entwicklung einer eigenen Weltanschauung: sich darüber klar werden, welche Werte man hochhält und als Richtschnur für eigenes Verhalten akzeptiert);
- ZUKUNFT
(Entwicklung einer Zukunftsperspektive: sein Leben planen und Ziele ansteuern, von denen man glaubt, daß man sie erreichen kann).

In der Gesundheitsforschung ist dieser Zugang zur jugendlichen Entwicklung bislang vorwiegend von angelsächsischen Wissenschaftlern bzw. Expertengruppen aufgenommen worden. Besonders im weiteren Umfeld der Weltgesundheitsorganisation WHO wurden in den letzten Jahren Ansätze formuliert, die das Entwicklungsaufgaben-Konzept fruchtbar in "ökologische" Modelle einer Gesundheitsförderung zu integrieren versuchen (WHO EXPERT COMMITTEE 1986). EISEN (1984) hat sich in diesem Rahmen um eine Zusammenschau der i.w. S. gesundheitsrelevanten Entwicklungsbrennpunkte der Adoleszenz bemüht. Den Teilphasen der Adoleszenz werden, wenn auch recht grob und in Teilen noch schematisch, korrespondierende Entwicklungsthemen und -herausforderungen beigeordnet. Daraus entwickelt sich

das nachfolgende Bild phasenspezifischer, universeller "developmental tasks" (EISEN 1984, 10):

developmental focus	sub-phase of adolescence (approx. age group)
I Adaption to the physiological and anatomical changes associated with puberty and the integration of a mature sexuality into a personal model of behaviour.	} early adolescence (10-14 yrs)
II Progressive resolution of earlier forms of attachment to the parents and family, and development through peer relationships of an enhanced capacity for interpersonal intimacy.	
III Establishment of an individual identity in which are incorporated a sexual identity and adaptive social roles.	} middle adolescence (14-17 yrs)
IV Utilization of enriched intellectual competences with acquisition of a sense of community and a "world view".	
V Development of potentials for occupational and leisure activities with a gradual commitment to those which are both individually and community relevant.	} late adolescence (17-20 yrs)

Universelle Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz

Die Aufnahme der "developmental tasks" in die Gesundheitsforschung ist durchaus von linearen, in Teilen auch normativen Sequenzvorstellungen geprägt. Die Idee einer universellen Gesetzmäßigkeit in der stufenweisen (wenn auch "produktiven") Anpassung Jugendlicher an äußere Anforderungen schimmert durch. Die Linearität des Modells gilt auch dann noch, wenn DÖRNER et al. (1983) die Komplexität der Probleme herausarbeiten: das Ziel ("Erwachsenwerden") ist unbestimmt und z. T. in sich selbst widersprüchlich; verlangt werden jedoch rasche und eindeutige Entscheidungen des Jugendlichen. Die Entwicklungsaufgaben selbst sowie die Bedingungen ihrer Lösung sind für den Jugendlichen schwer durchschaubar. Darüber hinaus gilt, daß jeder Realitätsausschnitt komplex vernetzt ist und jede Veränderung in einem Bereich Veränderungen in einem anderen nach sich zieht (ein beliebiges Beispiel: die Hinwendung zu Gleichaltrigen schafft Konflikte mit den Eltern, woraufhin die Flucht tendenz aus dem Elternhaus gesteigert wird etc.). Auch in der Vorstellung der vernetzten Entwicklungsaufgaben ist die - zumindest analytische - Abgrenzbarkeit der einzelnen Aufgaben impliziert.

Während die linearen Sequenzvorstellungen und die Vorstellung einer Abgrenzbarkeit der Entwicklungsaufgaben nach wie vor die Konzepte prägen, ist in neueren Entwicklungsmodellen die normative Perspektive ersetzt durch das Interesse an der situativen und individuellen Angemessenheit von Bewältigungsversuchen. Von entscheidender Bedeutung sind die subjektiven Orientierungen der jugendlichen Akteure über von ihnen angestrebte Veränderungen; weniger wichtig erscheinen objektivierbare bzw. an feste Altersvorgaben angebundene "Teilreifen".

Protagonisten einer "ökologischen" Umorientierung der Gesundheitsforschung und Prävention lenken ihre Aufmerksamkeit daher verstärkt auf die gesundheitsrelevanten subjektiven Orientierungen und Maßstäben Jugendlicher. Der Schwerpunkt einschlägiger Studien (z.B. HURRELMANN/VOGT 1985, SILBEREI-

SEN/KASTNER 1986, FRANZKOWIAK 1986) liegt in der Exploration und Beschreibung des subjektiven Nutzens und den instrumentellen Funktionen von Handlungskomplexen, die im präventivmedizinischen Bezugssystem als "Risikoverhalten" etikettiert werden. In den genannten Untersuchungen wird die weithin gebräuchliche Verkürzung wesentlicher Bereiche jugendlichen Alltagshandelns auf "schuldhaftes" Individualverhalten mit ausschließlich krankheitsprovozierendem Charakter grundlegend verworfen.

Medizinisch definiertes Risikoverhalten wird vielmehr erkundet als ein Requisit von aktiven, zielgerichteten Versuchen Heranwachsender, ihre nach Entwicklungsstand und Handlungskompetenz je unterschiedlichen Integrationsbedürfnisse zu befriedigen bzw. Identitätsfortschritte zu dokumentieren. SILBEREISEN/KASTNER präzisieren diese funktionale Perspektive, indem sie sechs mögliche Bezüge aufzeigen (beschrieben am Beispiel für Drogengebrauch in der Bandbreite von Alkohol und Nikotin bis hin zu illegalen Drogen):

- Drogengebrauch als Ersatzziel: die Blockierung einer Entwicklung, das subjektive Bewußtsein des/der Jugendlichen, es stehe ihm nichts anderes offen, kann dazu führen, daß Drogen "einspringen".
- Drogengebrauch als gewollte Normverletzung: in dem, nach altersspezifischen Normen, vorzeitigen Gebrauch ansonsten gebilligter Drogen oder in dem Konsum illegaler Drogen kann die Ablehnung der Erwachsenengesellschaft bzw. traditioneller Werthaltungen zum Ausdruck gebracht werden.
- Drogengebrauch als Bewältigungsstrategie: wenn Jugendliche nicht über genügend positive Bewältigungsmöglichkeiten verfügen, wenn sie hinsichtlich des Erfolgs ihrer eigenen Bemühungen den Kontrollverlust spüren, der Ängste und Hilflosigkeit evoziert, kann der Konsum von Drogen "die Rolle einer emotional ausgleichenden Notfallreaktion übernehmen", kann also entlastend wirken.

- Drogengebrauch als Zugang zu Peergruppen: die Akzeptanz durch Gleichaltrige und die Zugehörigkeit zu einer Gruppe kann voraussetzen, daß der/die Jugendliche am Drogenkonsum teilhaben; Abstinenz kann ein soziales Hemmnis darstellen.
- Drogengebrauch als persönlicher Stil: hier werden kulturelle Wertungen des Drogengebrauchs aufgenommen und als persönliche Attribute ausgestrahlt.
- Drogengebrauch als Demonstration des Erwachsenseins: gerade die altersspezifischen Normen lassen den Gebrauch von (vornehmlich Alltags-)Drogen das Privileg von Erwachsenen sein. Der Drogengebrauch kann so aus der Perspektive der Jugendlichen die Eroberung der Erwachsenenwelt bedeuten (SILBEREISEN/KASTNER 1985, 210f).

In einzelnen Arbeiten wird daher bereits "Risikoverhalten als Entwicklungsaufgabe" (FRANZKOWIAK 1986a, nach JESSOR 1983) vorgestellt.

IV. MÄDCHENSPEZIFISCHE ENTWICKLUNGSAUFGABEN

1. VORBEMERKUNG

Mit dem Konstrukt der Entwicklungsaufgabe wird der Anspruch erhoben, psychodynamische und psychosoziale Veränderungen im Lebenslauf - vor allem im Übergang von der Kindheit in das Erwachsenenalter - nicht länger dem Diktat mechanistischer Kausalmodelle zu unterwerfen, sondern als komplexen Prozeß fortschreitender "konstruktiver Auseinandersetzung" (OLBRICH 1985) mit individuellen wie auch soziokulturellen Herausforderungen zu begreifen. Dabei wird insbesondere für die Adoleszenz und das frühe Jugendalter eine eng umrissene Palette von Entwicklungsthemen postuliert, denen in empirischen Studien weitgehende Universalität zugebilligt wird (vgl. die angesprochenen Studien von DREHER/DREHER). Dies ist allerdings eine Universalität, die von der untergründigen Ausblendung spezifisch weiblicher Entwicklungsverläufe und -erfahrungen gekennzeichnet (und damit verzerrt) ist.

Zwar sind in den bisher vorgestellten Auflistungen von Entwicklungsaufgaben Geschlechtsunterschiede an verschiedenen Stellen unterschwellig präsent. Körperliche Reifungsprozesse und ihre Verarbeitung, die Ausprägung einer durchgehaltenen Geschlechtsidentität, sexuelle Erprobung und Aufnahme (hetero-)sexueller Beziehungen bis hin zum Aufbau beständiger Partnerschaften/Familien: all diese Kategorien sind ohne eine Differenzierung in Mädchen bzw. Jungen, junge Frauen bzw. Männer nicht denkbar. Und doch beschränkt sich die Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden im Entwicklungsaufgabenkonzept auf eine oberflächliche, nur scheinbar differenzierende Ebene.

In den folgenden Abschnitten werden wir jene Unterschiede zwischen den Geschlechtern herausarbeiten, die sich beziehen auf

- strukturelle Differenzen innerhalb der einzelnen abgegrenzten Aufgaben,
- unterschiedliche Muster der Vernetzung,
- Unterschiede nicht nur im Muster der Entwicklungsaufgaben, sondern auch in prinzipiellen Formen der Bearbeitung dieser Aufgaben.

2. GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ABLÖSUNGSMODI

Die Entwicklungsaufgaben, die für unsere Fragestellung im Vordergrund stehen, sind auf die Phase der Pubertät/Adoleszenz zugeschnitten. Indem aber der "Ablösung" ein zentraler Stellenwert zukommt, ist die gesamte Phase der Kindheit als bestimmende Vorgeschichte mitangesprochen; denn aus ihr ergeben sich die Probleme und spezifischen Bedingungen der Ablösung als psychodynamischem Prozeß innerhalb des familiären Systems auch in der Pubertät.

Die Forschung zur weiblichen Sozialisation beschreibt idealtypische Muster des Ablösungsmodus des Sohnes und der Tochter, die bereits am Ende der Mutter-Kind-Dyade, der frühesten Beziehungsform des Kindes, ausgebildet werden. Der Ablösungsmodus des Sohnes ist bestimmt von Grenzziehungen gegen die Bezugsperson, der der Tochter durch den Primat dialogischer Verständigung. Grundlegendes Bestimmungsmoment ist die Gegen- bzw. Gleichgeschlechtlichkeit in der ersten Konstellation: Die Mutter erlebt den Sohn als anderes Geschlecht und drängt ihn daher eher, sich gegen sie zu behaupten; es besteht für sie aber keine Notwendigkeit, der Tochter zu vermitteln, daß sie etwas anderes ist. So erfahren Jungen den Prozeß der Ich-Werdung als Abgrenzung gegen die erste Bezugsperson, während die psychische Abtrennung der Tochter im günstigsten Fall von der Mutter angenommen, aber nicht vorangetrieben wird. "Das dialogische Moment tritt eher in den Vordergrund, aber die Tendenz besteht auch, die Grenzen eher schwimmend zu belassen" (HAGEMANN-WHITE 1984, 87). Das

Verstoßen oder das Binden als Ersatzpartner sind problematische Modi in der Entwicklung des Jungen; bei Mädchen ist die Vereinnahmung, das Verbot der Abgrenzung, die verschwimmende Grenze zwischen Mutter und Tochter prekär.

Die Beschreibung dieser Problematiken - mit der Mutter - in ihrer Verschiedenheit gibt eine Folie ab, die es uns ermöglichen wird, die in Abschnitt III zusammengetragenen Beobachtungen zur Wirkung familiärer Dynamik auf Konsum- bzw. Gesundheitsverhalten geschlechts- und drogenspezifisch zu interpretieren. Darauf werden wir zurückkommen.

Aber nicht nur eine mißlungene Bewältigung in der beschriebenen Weise legt die späteren psycho-dynamischen Konfliktmomente fest. Die gelungene Bewältigung, d.h. Auflösung der Mutter-Kind-Dyade hat ebenso weitreichende Konsequenzen: Sie prägt als eine grundlegende Erfahrung eines spezifischen Modus der Ich-Werdung die späteren Formen von Auseinandersetzung, Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben und Bewältigung von Konflikten. Diese frühe Erfahrung beschreibt HAGEMANN-WHITE (1984): "Aber auch eine liebevolle, gelungene Bewältigung dieser Phase wird unterschiedlich verlaufen. Dem Sohn werden Größenwahn und Trotz zugestanden, und die Mutter zögert einzugreifen, weil sie letztlich doch nicht weiß, wie weit sie sich wirklich in ihn hineinversetzen kann: vielleicht ist es besser, ich lasse ihn, wie er will. Mit der Tochter wird im günstigen Fall eher eine Beziehung angestrebt, in der jeder Teil sich in den anderen hineinfühlt - wobei die Mutter gezielter daran arbeiten kann, weil sie sicherer ist, die Tochter zu verstehen (ob das objektiv zutrifft, ist hier ohne Belang; sie greift mit mehr Sicherheit vor und ein, weil sie zu verstehen glaubt, und erwartet mehr Verständnis vom Kind)" (a.a.O., 88).

Die Modi, denen wir im Laufe unserer Darstellungen immer wieder begegnen, lauten in ihrer idealtypischen Formulierung im "System der Zweigeschlechtlichkeit" (a.a.O.): Ich-Werdung

über Abgrenzung und Abhärtung versus Ich-Werdung über empathischen Dialog. Die beiden verschiedenen Ablösungsmodi haben bei mißlingender Ablösung jeweils unterschiedliche psychodynamische Konfliktstrukturen zur Folge; bei Gelingen der Ablösung prägen sie prinzipielle Strukturen im Umgang mit Problemen und sozialen Bezügen.

3. GEBROCHENE IDENTIFIKATION MIT DER MUTTER UND AMBI- VALENZ DER GESCHLECHTSROLLENÜBERNAHME BEI MÄDCHEN

Auf die gegen- und gleichgeschlechtlichen Identifizierungsprozesse bei Mädchen und Jungen wollen wir an dieser Stelle nicht näher eingehen, sondern nur das Ergebnis ausführlicher, vorrangig psychodynamischer Entwicklungsrekonstruktionen referieren. Der Prozeß verläuft bei Mädchen komplizierter, weil Mädchen sich aus der engen Beziehung zur gleichgeschlechtlichen Bezugsperson lösen und in der ödipalen Phase zum Vater hinwenden müssen, um sich später wieder mit der Mutter zu identifizieren, während bei Jungen der Entwicklungsprozeß nur den Wechsel von der gegengeschlechtlichen primären Bezugsperson zum gleichgeschlechtlichen Identifikationsobjekt umfaßt.

Wichtiger im Zusammenhang mit der Adoleszenzproblematik ist die Bedeutung des "kulturellen Konzepts von Weiblichkeit", wie die Mutter es vermittelt. Die Mutter spielt die Rolle vor, die auf Mädchen wartet. Es kann aber - vorsichtig formuliert - in der Regel nicht davon ausgegangen werden, daß Mädchen die Weiblichkeit bzw. die Rolle ihrer Mütter modellhaft übernehmen: Der "Bruch" zwischen der Generation der Mütter und Töchter (vgl. FUCHS 1985, 211) zeigt sich darin, daß Mädchen die "Verzichtrolle" ihrer Mütter kritisieren (MÄDCHEN '82, 19). Sie lehnen für sich die traditionelle Selbstaufopferung ab, wollen nicht so leben wie ihre Mütter (CRAMON-DAIBER 1984, 132) und träumen von Selbstverwirklichung (BURDA 1984; vgl. nächster Abschnitt).

Die Selbstverwirklichung bricht mit der traditionellen Frauenrolle, eine Entwicklung, die BECK-GERNSHEIM (1983) zusammenfaßt als "vom 'Dasein für andere' zum Anspruch auf ein eigenes Leben". Die weibliche Normalbiographie hat einen Individualisierungsschub erfahren; in der Freisetzung von alten Zwängen werden eigene Entscheidungen und Selbständigkeit erzwungen, und neue Möglichkeiten stehen neben neuen Unsicherheiten. Im Vordergrund steht für Mädchen also eine unge-sicherte, historisch neue und durch Vorbilder nicht gestützte Orientierungssuche. "Weibliche Jugend ist demzufolge durch die Anstrengung geprägt, eine gewisse Unabhängigkeit von der Übermacht der für Frauen vorgesehenen Normalbiographie zu erlangen. 'Lebenslauf von der Stange' heißt im Patriarchalismus für Frauen und Männer eben zweierlei" (ZINNECKER 1985, 347f) - die männliche Normalbiographie selbst enthält mehr Angebote zur Realisierung von Modellen individuierter Persönlichkeiten als für Mädchen.

Zusammengefaßt: Mädchen können die Normalbiographie bzw. die Geschlechtsrolle nicht einfach übernehmen, sie müssen sie stärker als Jungen selbst entwerfen. Einerseits übernehmen sie von ihren Müttern das kulturelle Konzept der Weiblichkeit mit der Geschlechtsrolle, andererseits grenzen sie sich gerade in Bezug auf die Weiblichkeit ihrer Mütter von diesen ab. Die Geschlechtsrollen sind also nicht nur inhaltlich verschieden für die Geschlechter, sondern die Differenz besteht vor allem in der fehlenden Eindeutigkeit bei Mädchen, die die Priorität nicht der Festlegung, sondern des Suchens als permanenten Prozeß zur Folge hat.

4. DIE WEIBLICHE AMBIVALENZ VON FAMILIEN- UND BERUFSORIENTIERUNG

Historisch ist die "primäre Familienorientierung (ECKART/JÄRISCH/KRAMER 1979) einer offenen Ambivalenz zwischen der Fa-

milien- und der Berufsorientierung gewichen. Alle neueren Untersuchungen belegen, daß beide, Beruf und Familie, in den Lebensplänen junger Mädchen gleichwertig sind, illustrieren aber auch, daß diese Gleichwertigkeit sehr problematisch ist. "Daß bei den meisten Mädchen der Beruf an erster Stelle steht, heißt nicht, daß sie die Familienperspektive aufgeben. Nur 6% der Befragten wollen ausdrücklich keine Kinder, und 10% wollen nicht heiraten. In den Lebensvorstellungen ist also Ehe und Mutterschaft klar mit eingeplant." (MÄDCHEN '82, 13; vgl. auch WELTZ et al. 1979, DREHER/DREHER 1985a, CARNAP 1986). Mädchen antizipieren bei der Verbindung der Bereiche Konflikte (WELTZ et al 1979) und erwägen Kompromisse wie Teilzeitarbeit, Drei-Phasen-Modell etc. (MÄDCHEN '82, 13f), die aber angesichts der Ernsthaftigkeit ihrer Ambitionen ("Sie wollen nicht nur beides, sondern beides richtig" - a.a.O., 14)) nur weitere Probleme schaffen: Sie offenbaren den utopischen Charakter ihrer Wünsche, denn "eins allein ist zuwenig, beides zusammen zuviel" (BECKER-SCHMIDT et al. 1983, 25).

Die Tatsache, daß Berufstätigkeit für junge Mädchen heute einen ähnlich zentralen Stellenwert wie für Jungen hat, kann nur bei oberflächlicher Betrachtung als Angleichung gewertet werden, denn der Unterschied besteht darin, daß die Berufsorientierung für Jungen eindeutig, für Mädchen jedoch Teil einer ambivalenten Orientierung ist.

Diese Ambivalenz ist Ausdruck der widersprüchlichen Situation der Mädchen, die zunächst offen ist. In der Biographie ergeben sich aber dann Veränderungen, die Verschiebungen zwischen dem Gewicht der Familien und der Berufsorientierung zur Folge haben. Diese Veränderungen machen sich fest an den Erfahrungen in der Berufssozialisation bzw. an den soziostrukturellen Chancen, die Berufstätigkeit zu realisieren, beide Aspekte zu vereinbaren oder zumindest die Ambivalenz beider offenzuhalten.

So überrunden Mädchen zwar Jungen im schulischen Ausbildungssektor (BECK-GERNSHEIM 1984, 37ff); die Tür, die sich dort öffnet, wird bei der beruflichen Ausbildung hingegen wieder zugeschlagen: Mädchen haben größere Probleme, eine Lehrstelle zu finden, bekommen schlechter qualifizierte/bezahlte Arbeiten, und landen zu 90% in den traditionellen Frauenberufen (BRAUN/GRAVALAS 1980). So kehrt sich die Suche nach der Realisierung der eigenen Vorstellung sukzessive um in einen Desillusionierungsprozeß (WELTZ et al. 1979, 43). Angesichts der wachsenden Einsicht in den utopischen Charakter der beruflichen Ambitionen und angesichts der fehlenden Chancen ökonomischer Selbständigkeit verselbständigt sich die Idee der Familienexistenz zum neuen Ideal (GRAVENHORST 1985, 43), und die Familiengründung wird zum einzigen möglichen Ausdruck individueller Interessen. Im Unterschied zu Jungen ist die Wahrnehmung der beruflichen Realität prinzipiell durch die Existenz der Alternative Familie geprägt.

Der Unterschied zwischen Mädchen und Jungen besteht darin, daß Beruf und Familie für Mädchen anders als für Jungen in offener Ambivalenz nebeneinanderstehen, nicht trennbar, aber auch nicht vereinbar sind. Mädchen sehen bei der Verwirklichung ihrer (utopischen) Wünsche Komplikationen und Konflikte voraus und ahnen, daß sich die Offenheit ihrer Orientierung z.B. durch Arbeitsmarktchancen auf die Familienorientierung verengt. Damit ist aber die wesentliche Entwicklungsaufgabe für Mädchen auf der Meta-Ebene angelegt: notwendig ist die Ausbildung einer flexiblen Anpassung, die die Gewichte beider Pole ständig neu ausbalanciert.

5. PROBLEMATISCHE WEIBLICHE SEXUALITÄT

Mit der wachsenden Liberalisierung und den gelockerten Normen im Umgang mit Sexualität scheint sich die Problematik weiblicher Sexualität weitgehend entschärft zu haben. Der Schein trügt: die Probleme haben sich nur verändert. Der

Prozeß hat den Charakter einer Freisetzung von alten Zwängen, der Entwicklung neuer Handlungsspielräume und des Auftauchens neuer Unsicherheiten und Konflikte. BECK-GERNSHEIM (1983) beschreibt die Situation von Mädchen heute, bezogen auf Sexualität und Partnerschaft, als "Szenario des Zwiepalts". Sexualität wird gleichzeitig als "normal" erklärt, verurteilt, mit neuem Leistungsdruck/Konkurrenz belegt, mit willentlichem Nichtwissen ignoriert, mit Druck eingefordert, mit Stigma belegt (a.a.O., 326). Dabei sind die einzelnen Urteilsinstanzen nicht nur untereinander widersprüchlich, sondern auch in sich selbst.

Dies beschreibt die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Entwicklung weiblicher Sexualität. Die familiären Bedingungen sind ebenfalls heute noch häufig problematisch. Diese Probleme, die wir im folgenden kurz anreißen wollen, stellen strukturelle Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Entwicklungsaufgabe "Sexualität" dar. Als Beispiel für die strukturellen Hemmnisse des sexuellen Entwicklungsprozesses wird häufig das Verbot der Mutter an die Adresse des Mädchens zitiert, sich des eigenen Körpers zu bemächtigen. "Das Verbot muß nicht einen expliziten Charakter, etwa als Masturbationsverbot, haben: in der Übertragung spürt die Tochter das negative Verhältnis der Mutter zu Körperlichkeit und Sexualität. Je kontrollierender die Mutter erlebt wird, desto schwerer fällt es, den eigenen Körper positiv zu besetzen und sexuelle Autonomie zu entwickeln. Hier haben alle Mutmaßungen des Mädchens ihren Grund, mit dem eigenen Körper stimme etwas nicht. Die Problematik der Situation setzt Abwehrprozesse in Gang. Dabei ist es unwesentlich, ob die Mutter ein solches Verbot realiter ausdrückt; entscheidend ist, was das Verbot für die Tochter bedeutet ..." (HELFFERICH 1986, 76 f; vgl. auch HAARBUSCH/JOCHENS 1985, 151).

Die negative Haltung der Mutter - Ausdruck und Projektion ihrer eigenen Ängste - äußert sich in Warnungen. Die Hälfte der Mädchen in einer qualitativen Studie (HELFFERICH 1986),

erhielten solche Warnungen von ihren Müttern; für sie hatte Sexualität die Konnotation von Schmutz und Ausnützen und erzeugte massive Ängste und Abwehr. Immerhin die Hälfte aber berichtete, Sexualität sei ihnen als "etwas Schönes" dargestellt worden. Der Bruch, der sich in diesem Fall zwischen der älteren und der jüngeren Frauengeneration zeigt, liegt allerdings in der erzieherischen Absicht der Mütter: Über die Hälfte der Mütter, die selbst erst "spät" sexuelle Erfahrungen gemacht hatten, wollten explizit ihre Töchter anders erziehen, als sie selbst erzogen wurden (FUCHS 1985, 211 f).

Dieser Bruch allein löst aber nicht alle Probleme; er schafft neue. In der genannten Studie zeigten aber auch jene Mädchen, die progressiv erzogen waren, Abwehr gegenüber Aufklärung und Sexualität. Vergegenwärtigen wir uns die spezifische Problematik der "verschwimmenden Grenzen" (vgl. IV.1), dann wird deutlich, daß die Kontrolle der Mutter umso problematischer wirken kann, wenn sie nicht mit einem Sexualitätsverbot einhergeht - dann könnte das heimliche Übertreten ein Entkommen, eine Abgrenzung sein -, sondern mit einer Sexualitätsforderung. Die Etablierung sexueller Erfahrungen kann sich dann nicht mehr dem Zugriff der Mutter entziehen, die Aneignung ist blockiert.

Die Rolle des Vaters für die Entwicklung des Mädchens wird vor allem in der ödipalen Phase und bezogen auf die Entwicklung weiblicher Sexualität beschrieben, und zwar dahingehend, daß die Ablösung von der Mutter und die Idealisierung des Vaters/des Männlichen Hand in Hand gehen. Es wird in der Regel nur der positive, entwicklungsfördernde Aspekt betont; pathogene Folgen für die Entwicklung weiblicher Sexualität werden nicht diskutiert. HAGEMANN-WHITE (1979) charakterisiert die (erotische) Beziehung, die Väter in der Regel zu ihren Töchtern aufbauen als die Übermittlung der Botschaft an die Tochter: "Ihre Hilflosigkeit sei irgendwie etwas sexuelles, etwas was sie zum kleinen, koketten Weib macht. Der

Vater ist es, der seiner Tochter vermittelt ..., was weibliche Sexualität ist: nämlich das ewige Kindsein, das sich selbst spielt." (a.a.O., 29). HELFFERICH (1986) kommentiert: "Diese Botschaft steht nicht nur in einem Spannungsverhältnis zu der Botschaft der Mutter, Sexualität sei unangenehm; es besteht nicht nur ein Widerspruch zwischen der latenten Evozierung von Sexualität durch den Vater und der offenen Leugnung ihrer Existenz durch die Mutter - problematisch ist die Botschaft des Vaters bereits in sich selbst, indem die Tochter festgelegt wird auf die Rolle des sexuellen Kindes." (a.a.O., 79) Ein Extrem dieser Vater-Tochter-Beziehung sind Erfahrungen von sexueller Gewalt; diese Mädchenspezifischen Traumata behindern wesentlich die Entwicklung weiblicher Sexualität (KAVEMANN-LOHSTÖTER 1985).

Die Problematik von Sexualität bezieht sich aber, über das Verhältnis zu Vater und Mutter hinaus, auf das gesamte familiäre System: die Beziehungen im Interaktionsgefüge müssen sich ändern, wenn das Mädchen vom Kind zur Frau wird. Es gibt in bestimmten Familienkonstellationen Gründe, diese Veränderung zu fürchten: Die Mutter mag sich durch den Anspruch der Tochter auf Lust in ihrer Verzichtsidentität in Frage gestellt und schmerzlich mit der eigenen sexuellen Problematik konfrontiert sehen (vgl. FRIDAY 1979); der Vater muß sich seinerseits von der Tochter lösen. Beide müssen der Tochter eine Selbständigkeit zugestehen und sie aus ihrer Tochterrolle entlassen, die andererseits für die Stabilität der Familie unverzichtbar sein kann.

In einer milden Form besteht eine mögliche Reaktion darin (und sie gibt deutlich Sexualangst auf Seiten der Mutter zu erkennen), Freizeit und Kontakte der Tochter streng zu kontrollieren, um eine (zu) frühe Selbständigkeit zu verhindern. Im Gegensatz zu Jungen ist für Mädchen Zankapfel bei beiden Eltern das (häufige) abendliche Weggehen (MÄDCHEN '82, 31; die Kontrolle hat allerdings etwas nachgelassen, weil mittels Verhütung das "etwas Zustoßen" zumindest in

Form einer ungewollten Schwangerschaft ansatzweise gebannt werden kann). Es wird somit deutlich, daß eine Unterstützung bei der Entwicklung weiblicher Sexualität von familiärer Seite kaum gegeben ist, sondern daß vielmehr die sexuellen Erfahrungen des Mädchens den zentralen Punkt weiblicher Ablösung darstellen und synonym für Selbständigkeit stehen.

Es gilt als besonderes Zeichen von Aufsässigkeit und Rebellion, wenn Mädchen früh sexuelle Erfahrungen machen. "Späte sexuelle Erfahrungen" korrelieren in den sozialen Orientierungsmustern mit Privatisierung und Anpassung, "frühe sexuelle Erfahrungen" mit Jugendzentrismus und Selbstbehauptung, Präferenz neuer und Ablehnung traditioneller Werte sowie Sympathie für die Alternativbewegung. Diese Zusammenhänge mit sozialen Orientierungsmustern lassen sich nur bei Mädchen finden, was auf die besondere Bedeutung der Entwicklungsaufgabe Sexualität bei Mädchen verweist. Für Mädchen besteht also ein Zusammenhang zwischen Konflikten mit den Eltern, Aufsässigkeit und (früher) Sexualität, der sich so bei Jungen nicht findet. Anders ausgedrückt: Die Rebellion des Mädchens, die abgrenzende Ablösung von den Eltern erscheint in der Form "freier", früher Sexualität. Die entsprechenden Konflikte bei Jungen sind Autoritätskonflikte.

Jungen wie Mädchen, die frühe sexuelle Erfahrungen machen, haben ein intensiveres Freizeiterleben, ein offeneres Netz von sozialen Bezügen zu anderen Jugendlichen und sind toleranter gegenüber Sexualität und ablehnender gegenüber Eheschließung (FUCHS 1985, 213 f). Der enge Zusammenhang von weiblicher Sexualität und als abweichend etikettiertem Verhalten ist überdies aus der Diskussion um Erziehungsinstitutionen bekannt (Einweisungsdiagnosen männlicher Jugendlicher in Erziehungsinstitutionen sind Aggressivität und Eigentumsdelikte; bei Mädchen ist der häufigste Indikator von Schwererziehbarkeit "sexuelle Verwahrlosung" - vgl. NETZEBAND/WIEGMANN/ZINGELER 1985). Für Jungen haben also die ersten sexuellen Erfahrungen den Stellenwert der Initiation, der

Eroberung eines neuen Terrains mit der Rückendeckung wichtiger Bezugspersonen in der Familie. Für Mädchen ist der primäre Aspekt weniger die Initiation, sondern die gegen die Eltern erkämpfte Ablösung.

Damit ist nun noch längst nicht gesagt, daß die sexuelle Sozialisation zumindest - wenn schon der familiäre Bereich prekär ist - unter den Peers den adäquaten Erfahrungsrahmen geboten bekäme. Problematisch ist vor allem der soziale Druck der Gleichaltrigen, die das Gebot lustvoller Sexualität zur neuen Norm machen. Erfahrungen werden gefordert und zugleich auf eine neue und problematische Weise normiert (Heterosexualität, Ausmaß der Erfahrung, Reihenfolge der Erfahrung, Alter der Erfahrung). Die Bandbreite von "Normalität" ist dabei für Mädchen äußerst gering: Die Moral der Jugendlichen hat ebenso schnell eine Stigmatisierung von Mädchen, die wechselnde Partner haben, als "Flittchen" bei der Hand, wie eine Stigmatisierung von Mädchen, die noch keinen Kontakt zu Jungen haben. Kollisionen mit diesen Normen der Gleichaltrigen sind kaum zu vermeiden; eine Ausbalancierung der widersprüchlichen Erwartungen bietet v. a. der feste Freund. Aber auch bezogen auf den festen Freund sind Mißverständnisse kaum zu vermeiden. Das Erkennenlassen einer Bereitwilligkeit zu Sexualität gilt immer noch als prekär. Die Handlungsspielräume in diesem Bereich variieren allerdings ganz wesentlich mit den verschiedenen subkulturellen Stilen (vgl. die Darstellungen der einzelnen mit spezifischen Drogen verbundenen Subkulturen in Kapitel V).

Nicht nur die Bedingungen, unter denen die Entwicklungsaufgabe "Sexualität" erarbeitet werden muß, unterscheiden sich nach Geschlecht, sondern auch die inhaltliche Bestimmung von Sexualität. Die strukturelle Differenz besteht darin, daß für Mädchen der kommunikative Beziehungsaspekt im Vordergrund steht, für Jungen der genitale (HAARBUSCH/JOCHENS 1985, 163). Das sexuelle Verhalten wird für Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren als "bewußt zurückhaltend" beschrieben, wo-

bei Nähe und Schmusen besonders wichtig sind. Die 19jährigen sind fixiert auf einen Partner, die Sexualität ist integriert in die Beziehung (MÄDCHEN '82, 26 ff). "Zärtlichkeit steht ... hoch im Kurs, Sexualität um ihrer selbst willen hat keinen Eigenwert, sondern ist nur im Zusammenhang mit einer menschlich befriedigenden Beziehung erwünscht und erstrebenswert" (a.a.O., 33). Sexuelle Erfahrungen lassen sich also weniger isolieren, abspalten ("Eigenwert"), von Personen abstrahieren. Dieser Unterschied setzt als differente Erlebnisverarbeitung bei Mädchen den spezifischen Ablösungsmodus fort, der durch die kommunikative Komponente bestimmt ist (vgl. IV.1).

Aus dem Charakter der Sexualität ergibt sich der zentrale Bezug zur Ablösungsproblematik, aber auch eine stärkere Bindung an die Entwicklung sozialer Kompetenzen und das Eingehen einer Partnerschaft (um sexuelle Erfahrungen zu machen).

Der zentrale Stellenwert der Entwicklungsaufgabe Sexualität in der Vernetzung der Aufgaben im Entwicklungsprozeß wird unterstrichen durch den engen Zusammenhang mit der Veränderung des Körpers. Der Reifungsaspekt der Entwicklung der Brust ebenso wie, weniger sichtbar, das Eintreten der Menstruation haben den Charakter von sexuellen Signalen. Sie dokumentieren den - rapiden - Übergang zur sexuellen Frau. Das wiederum hat weitreichende Konsequenzen für die Interaktionsmuster mit Gleichaltrigen und Eltern, für das bisherige Körperschema, die Selbstwahrnehmung und für die Zukunftsplanung. Auf diesen körperlichen Aspekt soll im nächsten Abschnitt genauer eingegangen werden.

Zusammengefaßt: Sexualität als Entwicklungsaufgabe ist für Mädchen durch strukturelle, gesellschaftlich bestimmte Hemmnisse geprägt, so etwa durch die Gleichzeitigkeit widersprüchlicher Erwartungen. Die Sexualität der Mädchen steht - anders als die der Jungen - in einem direkten Zusammenhang mit der Ablösungsproblematik; sie stellt einen zentralen

Aspekt von Verselbständigung und Aufbegehren gegen die Rolle des Kind-Mädchens in der Familie dar. Dadurch, daß stärker als bei Jungen der kommunikative und personenbezogene Aspekt im Vordergrund steht und sexuelles Erleben und Körpererleben sich gegenseitig durchdringen, ist ein enger Zusammenhang mit anderen Aspekten des Entwicklungsprozesses gegeben.

6. KÖRPER

Die Verkennung weiblicher Lebenszusammenhänge im Konzept der vorgeblich universalistisch formulierbaren Entwicklungsaufgaben beruht vor allem auf der Vernachlässigung des Körpers als Ausdruck einer je historisch-"somatischen Kultur" (BOLTANSKI 1976). Wie die Anthropologie seit langem lehrt, kommt dem menschlichen Körper eine besondere Rolle zu als "a common ground of overlap between collective-social and individual-psychological levels of experiences" (POLHEMUS 1978, 21). Ohne Kenntnis der je existierenden somatischen Kultur - als Gesamt der sozialen und historischen Bestimmung des Umgangs mit dem Körper, der gesellschaftlichen Regeln für die Wahrnehmung von und das Handeln in Bezug auf Körpererfahrung - wird individuelles Befinden, werden Gesundheit und Krankheit als persönliche und soziale Zustände nur unzureichend wahrgenommen (KICKBUSCH 1983). Die Anthropologin DOUGLAS (1981) spricht in diesem Zusammenhang von "zwei Körpern", einem physischen und einem sozialen Körpererlebnis: "Der Körper als soziales Gebilde steuert die Art und Weise, wie der Körper als physisches Gebilde wahrgenommen wird; und andererseits wird in der (durch soziale Kategorien modifizierten) physischen Wahrnehmung des Körpers eine bestimmte Gesellschaftsauffassung manifest." (a.a.O., 99).

Um diesen gesellschaftlichen Duktus von Körper-Erleben und Körper-Erfahrung geht es hier: ihn aber blendet das universalistische Entwicklungsaufgabenkonzept scheinbar objektiv, vorgeblich wertneutral aus. Der Körper wird in den entspre-

chenden Untersuchungen nämlich nur als ausgestellter bzw. Arbeitskörper gesehen (vgl. DREHER/DREHER 1985a: "Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung" bzw. HAVIGHURST 1972: "Effektive Nutzung des eigenen Körpers"). Auch Entwicklungsthemen wie Sexualität bzw. Intimität oder die Ausprägung einer Geschlechtsrolle thematisieren hochallgemeine Anforderungen, denen aber je nach Geschlecht unterschiedliche, sozial vermittelte Körpererfahrungen zugrundeliegen. Der Rahmen für Körpererleben und Identität ist jedoch geschlechtsgebunden; "Die Grenzen, jenseits derer Veränderungen des Körpers und des Körperbildes nicht mehr von der Identität integriert werden können, verlaufen geschlechtsspezifisch" (HARDACH-PINKE 1982, 197). Im folgenden werden wir die "somatische Kultur" von Mädchen anhand einiger empirischer Beispiele illustrieren, die die Differenz zum männlichen "Arbeitskörper" erkennbar werden lassen.

Im frühen Sozialisationsprozeß zeichnet sich - in Fortführung der differenten Ablösungsmodi - die Herausbildung eines geschlechtsspezifischen Körperverhältnisses heraus: In Folge anderer Erziehungstechniken ihnen gegenüber als bei Mädchen und in kumulativer Wechselwirkung mit einer verstärkten Bereitschaft zu Risikoerfahrung (Kampf, aggressive Spiele, Raufereien, Inkaufnahme von Verletzungen etc.) erfahren Jungen ihre Körpergrenzen stärker als Mädchen durch Schmerzen (HAGEMANN-WHITE 1984, 91). Der Mädchenkörper bleibt stärker bewahrt, stärker kontrolliert und weniger in schmerzhaften Erfahrungen abgehärtet.

Ihn trifft aber eine andere Entwicklung deutlicher: die Sexualisierung des Mädchenkörpers als Objekt durch Männer wie den Vater und andere Jungen. Die Begehrlichkeit, die der Mädchenkörper im Spiegel des männlichen Blicks auslöst, konfrontiert Mädchen mit Aspekten ihres Körpers, längst bevor sie diese (sexuellen) Komponenten selbst integriert und ein Verhältnis dazu gefunden haben.

Die Sexualisierung des Mädchenkörpers einerseits, die Abgrenzung und Abhärtung des Jungenkörpers andererseits spiegeln sich in den Geschlechtsrollenstereotypen: eine amerikanische Untersuchung ergab bei Jugendlichen die Bilder: "Frauen sind schön, sanft und zärtlich; Männer sind stark, mutig, hart und ehrgeizig" (v. CARNAP 1986, 52). In der Mädchenwerbung sind die Themen Schönheit/Beliebtheit vorrangig, während Jungen mit Größe, Stärke, Lärm und Geschwindigkeit assoziiert werden (SCHMERL 1984, 96f). Die 14-29jährigen Frauen selbst zeigen überproportional hohe Nennungen für Lebensstilfaktoren "Schönheit/Luxus" und ebenso "Selbstverwirklichung/Bildung" (BURDA 1984, 38).

Das Geschlechtsrollenstereotyp verlangt von Mädchen ausgefeilte Strategien der Körperpräsentation und -inszenierung, die jedoch niemals ihr Ziel erreichen können: Der Wunsch nach Schönheit ist Ausdruck einer Verunsicherung und Angst vor Verletzungen - ein Mangel, der per se auch durch noch so große Schönheit nicht aufgehoben werden kann. Zudem ist die Utopie von Schönheit doppelt fern, als man sich ihr nicht - wie der Härte - durch Training nähern kann. Schönheit ist ein wesentlicher Teil der weiblichen Imagination von Mädchen, die den Doppelcharakter besitzt, einerseits einen phantastischen und potentiellen alltagsverändernden Entwurf zu beherbergen, andererseits den Rückzug aus der Berührung des alltäglichen Mangels zu dienen (WOESLER-DE PANAFIEU 1984).

Das Streben nach Schönheit kontrastiert das negative Erleben des eigenen Körpers: "Die männlichen Jugendlichen äußern ein wesentlich positiveres Gefühl in Bezug auf ihren Körper und ihre körperliche Entwicklung ... weibliche Jugendliche beschreiben sich als trauriger, einsamer, verletzlicher. Sie sind ihrer inneren Welt gegenüber aufgeschlossener als Jungen. Diese Befunde gelten für die frühe ebenso wie für die späte Adoleszenz. Andere Items deuten darauf hin, daß sich Mädchen häufiger ihres Körpers schämen, sich häßlich und un-

attraktiv vorkommen und Änderungen ihres Körpers weniger positiv gegenüberstehen als Jungen." (OFFER 1984, 115; vgl. hier Tab. 52) Eine Berliner Untersuchung ergab hochsignifikante Unterschiede in der Hinsicht, "daß die Mädchen im Vergleich zu den Jungen erheblich seltener mit ihrem Selbstbild zufrieden sind, denn sie nennen deutlich öfter, daß ihr Idealbild ihnen unerreichbar erscheint, und umgekehrt seltener, daß sie fast völlig mit ihrem Wunschbild übereinstimmen." (GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 337).

Im Gegensatz zu Jungen steht bei Mädchen das Erleben des physischen Körpers in einem sehr engen Bezug zum Erleben in anderen Bereichen. Hier wiederholen sich die Ablösungsmodi (vgl. IV.1) der Abgrenzung bei Jungen und der dialogischen Verständigung bei Mädchen - bezogen auf den Körper. In demselben Maß wie Sexualität besitzt auch die Entwicklungsaufgabe "Akzeptanz des Körpers" einen zentralen Stellenwert im vernetzten Entwicklungsprozeß. Das bedeutet aber gleichzeitig, daß das Körperkonzept bei Mädchen ein anderes als bei Jungen ist: Körpererleben und andere Erlebensbereiche durchdringen sich wechselseitig und untrennbar. Wir beschreiben dies im folgenden bezogen auf die Bereiche Sexualität, (Partner-)beziehung und Befindlichkeit.

Das Körpererleben ist bestimmt vom Erleben der Sexualität; deutlichster Konnex ist die Menstruation und die Entwicklung der Brust, die den Körper zu einem sexuellen und fortpflanzungsfähigen machen. Über die Verarbeitung des Ereignisses der Menstruation gibt es wenig Material; eine Rolle spielt die sexuelle Sozialisation, das Verhältnis zur Frauenrolle und der soziale Kontext der Freundinnen (KOEHLER/MERTINS 1982; HELFFERICH 1986). Die häufig auftretende panische Angst vor sichtbaren Zeichen der Menstruation verweist darauf, daß trotz einer gewissen Akzeptanz die Scham gegenüber Dritten - und vor allem männlichen Geschlechts - noch sehr wirksam ist. Die Menstruation steht aber noch für einen anderen 'unpassenden' Zug im Körpererleben bei Mädchen: Das

Erleben von Zyklizität. Diese widerspricht dem kontinuierlichen Prinzip und der linearen Zeit männlicher Lebens- und Zukunftsgestaltung (HARDACH-PINKE 1982).

Es gilt nicht nur, daß das Verhältnis zu Sexualität das Körpererleben bestimmt und sich so ein negatives, angstvolles Verhältnis z.B. in einem Abspalten des "Unterleibs" aus dem Erlebnisbereichs niederschlagen kann. Das eine steht für das andere - d.h. umgekehrt gilt auch, daß eine Manipulation des Körpers (z.B. durch Abmagerung, Übergewicht, Verstecken etc.; vgl. V.6) aus der Sichtweise der Mädchen zur Bewältigung sexueller Ängste dienen kann.

Das Verhältnis zum Körper steht ebenso in einem Wechselverhältnis zum Erleben sozialer Beziehungen bzw. intimer Partnerschaften wie zum Erleben von Sexualität. KRAUTSCHIK (1985) beschreibt, "wie narzißtische Krisen gerade dort ausbrechen, wo die Beziehung zum eigenen Körper durch Angst vor Partnerbeziehung beeinträchtigt wird ... So ist also die Beziehung zum eigenen Körper stets eng verquickt mit der Beziehung zum Partner." (a.a.O., 451). In den Beispielen der Pubertätsmagersucht, Schwangerschaftsphobie und der Depression im Klimakterium erscheint der Körperhaß jeweils als Verschiebung eines anderen, nicht ausgelebten Hasses. Das bedeutet, daß für Mädchen der Körper in einem sehr direkten Sinn ein Ausdrucksmittel darstellt, ein Austragungsort von Konflikten (vgl. HELFFERICH 1986).

Als dritter Aspekt, der in engem Zusammenhang mit dem Körpererleben steht, ist die Befindlichkeit anzusehen. Mädchen assoziieren mit "Sich wohlfühlen" ein positives Körpererleben und mit "sich schlecht fühlen" ein "sich zu dick fühlen". Das Schwanken der Befindlichkeit schlägt sich in einer ambivalenten Einschätzung der eigenen Person nieder: "Zwei Drittel der Mädchen - unabhängig von ihrer Tätigkeit, ob Schülerin, Berufstätige oder Auszubildende - sind in der Einschätzung ihres Aussehens von Stimmungsschwankungen ab-

hängig. Ein wichtiges Ergebnis in diesem Zusammenhang ist auch, daß die Phase des Ausprobierens, wie man sich anzieht, wie man sich schminkt und welche Frisur man haben möchte, bei den 15jährigen besonders ausgeprägt ist und mit zunehmendem Alter deutlich abnimmt (MÄDCHEN'82, 32). Der enge Zusammenhang ermöglicht auch hier die Verschiebbarkeit von Manipulationen. Körpermanipulationen erscheinen als Befindlichkeitsmanagement und umgekehrt, ohne daß genau unterschieden werden kann: "Auch dadurch, daß ich dann mehr esse, geht's mir dann auch körperlich elend. Da ist vielleicht die seelische Krankheit schon weg, aber dann ist immer noch das Übergewicht da, und da fühle ich mich immer noch unwohl. Ich kann das auch nie richtig differenzieren, was was ist" (eine weibliche Jugendliche, zit. nach BÜLTEMEIER et al. 1984, 84; Hervorhebung von uns).

Der enge Bezug zwischen der weiblichen Körperlichkeit, Körpererleben und sexuellem Erleben, Befindlichkeit und Partnerbeziehung verweist auf das andere Körperkonzept von Frauen: Der Körper ist weniger ein abgrenzbarer Erlebensbereich, weniger Werkzeug, sondern mehr Ort integralen Empfindens. Die bisher geschilderten Beobachtungen stimmen überein mit den Ergebnissen einer Umfrage von MRAZEK (1984), die allerdings nicht für Jugendliche gesondert ausgewertet wurde: Die Körperidentität der Frauen ist ausgeprägter geschlechtsbezogen, Frauen haben eine größere Körperaufmerksamkeit bezüglich Krankheit und Gesundheit ausgebildet. Das Aussehen ist für Frauen wichtiger als für Männer. Vor allem haben Männer ein instrumentelles Verhältnis zu ihrem Körper, während bei Frauen der Körper Bestandteil des Selbst ist.

Die schichtspezifische Komponente der somatischen Kultur, wie sie BOLTANSKI (1976) herausarbeitet - allerdings mit unzureichenden Schlüssen, bezogen auf die Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit - ist bisher nur am Rande zur Sprache gekommen, was aber nicht heißen soll, daß wir sie für unwichtig halten. Wir teilen die These von BÜLTEMEIER et al.

(1984): "Tätigkeit und Körperverständnis hängen ganz offensichtlich eng zusammen". (Es hatte sich in der Untersuchung dieser Autoren herausgestellt, daß "Handarbeiter" vorwiegend die Vorstellung von ihrem Körper als Werkzeug formulierten, die "Kopfarbeiter" sich eher um integrative Erklärungsmodelle bemühten). Es liegt aber zu wenig Material für eine Beschreibung der somatischen Kultur nach Schicht und Geschlecht vor, als daß die - sicherlich wichtige - Rekonstruktion eines detaillierten Bildes, die beide Kriterien berücksichtigt, im vorgegebenen Rahmen dieser Arbeit zu leisten wäre (Ansätze dazu finden sich z.B. in PROKOP 1976).

Als letztes wollen wir darauf hinweisen, daß wir uns mitten in einem kulturellen Wandlungsprozeß befinden, der umschrieben worden ist als "Renaissance des Körpers" (KAMPER/WULF 1982), als Entwicklung "vom gepanzerten zum sinnstiftenden Körper" (PREUSS-LAUSITZ 1983) bzw. ganz allgemein als "neue" Körperlichkeit: "Mir scheint, daß die zunehmende tatsächliche Perspektivlosigkeit der Jugendlichen sowie die zunehmende Diffusion der sozialen Orientierung, der Geschlechtsrollen, der Werte, des außer-individuellen Lebenszieles eine Hinwendung der Jugendlichen zu dem einzig vermeintlichen sicheren Ort von Glück: dem Körper, der Sinnlichkeit, der Sexualität, den intimen Beziehungen hervorgerufen hat." (PREUSS-LAUSITZ, a.a.O., 105). Damit sind aber noch nicht die geschlechtsspezifischen "Härtegrade" des Körpers ausdiskutiert - Körperlichkeit mag in seiner Bedeutung als Ausdrucksträger per se zunehmen, die Formen der Körperinszenierung, die Inhalte des Ausdrucks können jedoch im einzelnen geschlechtsspezifisch unterschiedlich sein.

Die Entwicklungsaufgabe "Akzeptanz des Körpers" hat für Mädchen einen zentralen Stellenwert im vernetzten Entwicklungsprozeß, denn der Körper steht als "Teil des Selbst" in einem engen Bezug zu anderen Aspekten von Entwicklung. Der Körper ist nicht nur als Aufgabe zu fassen, sondern ist selbst Aspekt des Bewältigungsmodus: Weibliche Formen von Bewältigung

sind stärker auf die Thematisierung und die Manipulation des Körpers - als Manipulation der Befindlichkeit, sexueller Ängste oder Ort der Konfliktaustragung - gerichtet. Dieses spezifische Körperkonzept setzt die differenten Ablösungsmodi fort, denn für den Jungenkörper gilt als Entwicklungslinie die Abhärtung und Abgrenzung des Körpers, für den Mädchenkörper dagegen Bewahrung, Sexualisierung und Vermischung mit anderen Erlebensbereichen.

Die Entwicklung eines Verhältnisses zum eigenen Körper geht für Mädchen nicht im linearen Konzept der "Entwicklungsaufgaben" auf. Es scheint, daß die theoretische Konstruktion dieser Entwicklungsaufgabe in der Voraussetzung der Isolierbarkeit des Körpers und in der Reduktion des Körpers auf den abgrenzbaren Arbeitskörper bzw. das abgrenzbare äußere Erscheinungsbild weitgehend nur das Körperverständnis von Jungen erfassen und dokumentieren kann.

7. KOMMUNIKATIVE ALLTAGSPRAXIS VERSUS RÄUMLICHE ANEIGNUNG; KÖRPERBEZOGENE ENTSPANNUNGSTECHNIKEN

Generell wird angenommen, daß Frauen bzw. Mädchen im Laufe ihrer Sozialisation defizitäre Konfliktlösungsstrategien ausbilden. Fehlende Selbstbehauptungsmöglichkeiten und eine Über-Ich-Schwäche fördern Konfliktscheuheit, die Zurückstellung eigener Bedürfnisse (EGGERS/MÜLLER 1981, 121 ff), Aggressionshemmungen, "defensive und evasive Daseinstechniken" (FRANSSEN 1981). Diese Strategien sind also generell durch Mangel an aggressiver Durchsetzungsfähigkeit gekennzeichnet. Daraus folgt, daß die weibliche Sozialisation Konfliktlösungen z.B. durch psychosomatische Krankheiten nahelegt (SCHWENKEL-OMAR 1980).

Solange Mädchen jung sind und sich Anerkennung verschaffen können - so stellten weiterhin NEUMANN/SCHÖNWETTER (1981) fest -, gelingt eine unauffällige Konfliktverarbeitung trotz

der Coping-Defizite, die der weiblichen Sozialisation und der primären Familienorientierung anzulasten sind. Nach KRÜGER (1984) gehört zu den prinzipiellen Defiziten weiblicher Sozialisation das Erlebnis der Abwertung möglicher Vorbilder, der Identifikationsmodelle weiblichen Geschlechts, die Erfahrung, daß Tätigkeitsbereiche von Jungen höher bewertet und bevorzugt werden und weibliche Eigenschaften als minderwertig ausgelegt werden. Die Entwicklung des Selbstwertgefühls ist behindert durch eine Einschränkung des Lebensraums und die erlernte Hintanstellung eigener Bedürfnisse. "Sie sind von Kindheit an daran gewöhnt, ihre eigene Befindlichkeit abhängig zu machen von Außeneinflüssen. Es ist für sie selbstverständlich, sich in ihren Empfindungen manipulieren zu lassen, und sie haben wenig gelernt, daß es in ihrer eigenen Macht steht, ihre Situation nach ihren Bedürfnissen zu verändern." (a.a.O., 11; hieraus wird vor allem eine spezielle Drogengefährdung von Mädchen hergeleitet). Zentrale Faktoren weiblicher Bewältigungsstrategien sind auch für DAUB/LEHNING/MERFERT-DIETE (1986) Abhängigkeit und Anpassung.

Diese Variationen der "Defizit-These" werden inzwischen auch von Seiten der Frauenforschung kritisiert. Sie veranlassten HAGEMANN-WHITE (1984) zu der Frage, ob die den Darstellungen zugrundeliegenden "historisch-spezifischen eigenen Sozialisationserfahrungen derjenigen Generation, die in den 70er Jahren die Diskussion um weiblichen Sozialisation in der neuen Frauenbewegung hervorgebracht hat" verallgemeinerbar für junge Mädchen heute seien (a.a.O., 63).

Der Defizit-Ansatz mißt implizit Mädchen/Frauen an Maßstäben der Männer und stellt so stets neu Inferiorität fest. ZINNECKER (1985) wählt eine andere Ebene vergleichender Beschreibung und weist auf andere Unterscheidungen in den Bewältigungsformen zwischen Mädchen und Jungen hin als solchen entlang des Kontinuums von vorhandener bis mangelnder aggressiver Selbstbehauptungsfähigkeit. Zu den weiblichen dominierenden Alltagspraxen gehören vor allem kommunikative

Strategien: "Frauen neigen ... mehr als Männer dazu, sich mit anderen, nahestehenden Mitmenschen auszutauschen, wobei insbesondere die eigenen Geschlechtsgenossinnen vermehrt in Anspruch genommen werden (Freundin und Mutter)." (a.a.O., 245). Mädchen erweisen sich als gefühlsbezogener, expressiver. Als männlich besetzte Handlungsform im Alltag wird dagegen das Agieren in räumlichen Bezügen beschrieben. "Jüngere wie ältere Männer zeichnen sich vor der jeweiligen Gruppe von altersgleichen Frauen dadurch aus, daß sie häufiger mit dem Auto/dem Motorrad in der Gegend herumfahren, wenn sie sich mit sich und ihrem Leben beschäftigen wollen." (a.a.O., 250). Wesentlicher Aspekt ist dabei zum einen die aggressive Komponente (Geschwindigkeit etc.), zum anderen die Aneignung öffentlicher Räume.

HAGEMANN-WHITE (1984), die wieder den Bezug zu den beschriebenen Ablösungsmodi - Abgrenzung einerseits, dialogische Verbindung andererseits - herstellt, beschreibt, wie sich im Laufe der weiteren Sozialisation weibliche Bewältigungsstrategien bei Mädchen herausbilden: "In der Vorschulphase (etwa 5-7) entwickeln sie schon Fähigkeiten, Beziehungen zu erhalten, indem sie bewußt über die Bedürfnisse, Eigenheiten des/der anderen nachdenken und Streitigkeiten durch individuelle, personengerechte Handlungen lösen." (a.a.O., 96). Dies wird bestätigt durch ein Ergebnis aus der Studie MÄDCHEN '82: "Harte" Konfliktlösungsstrategien sind bei ihnen weniger verbreitet; in den meisten Punkten wählten die Mädchen kommunikative Lösungen, um eigene Interessen gegen Verbote der Eltern durchzusetzen (a.a.O., 95). Ebenso gaben die Mädchen als Kriterium einer guten Partnerschaft an, daß man gut miteinander reden könne (a.a.O., 19).

Zur Bewältigung ihrer Probleme setzen Mädchen wesentlich stärker als Jungen kommunikative Strategien ein. Jungen lenken sich eher in der "räumlichen Aneignung der Öffentlichkeit" ab.

Bewältigungsstrategien müssen nicht unbedingt nur auf die Lösung tiefgreifender Konflikte bezogen sein; Bewältigungshandeln kann auch in der Alltagspraxis verankert sein, d.h. an alltägliche Situationen gebunden sein. FUCHS (1985) wertete die Nennungen von Mädchen und Jungen zu einer Liste von "Entspannungstechniken" aus. Die Aufstellung umfaßte Tätigkeiten wie "einen Teil des Tages verträumen", "einfach mit irgend jemand telefonieren", "in den Garten/die Natur gehen", "in der Badewanne herumdösen", "sich mal richtig pflegen", "sich was Neues kaufen", "mit Freund/Freundin sprechen" (a.a.O., 9 ff). Diese Entspannungstechniken haben bei Jugendlichen nicht mehr - wie noch bei Erwachsenen - den Charakter der "Ruhe nach getaner Arbeit", sondern nehmen zunehmend den Charakter von absichtsvoll eingesetzten Techniken im Umgang mit Körper und Befindlichkeit an ("Befindlichkeitsmanagement", a.a.O., 8).

Es zeigte sich, daß die meisten der genannten Entspannungstechniken vor allem von Mädchen und Frauen praktiziert werden - vornehmlich solche, die sich auf das Körpergefühl und die Präsentation des Körpers beziehen sowie solche, die das persönliche Gespräch (Telefon mit Freund/Freundin) zur Wiederherstellung des inneren Gleichgewichts nutzen (a.a.O., 11). Auch bezogen auf die literarischen und ästhetischen Alltagspraxen wird festgestellt, daß sie zum einen an den Zweck gebunden sind, die Befindlichkeit(en) der Person zu steuern (ZINNECKER 1985, 233), andererseits ein Überhang an weiblichen Strategien besteht. Mädchen und Jungen unterscheiden sich am gravierendsten durch das Schreiben von Tagebüchern. Für Mädchen, so ergänzt SEIFFGE-KRENKE (1985), dient das Tagebuch der reflexiven Bewältigung von Ablösungsproblemen in der Pubertät.

Die Bewältigungsversuche von Mädchen, sowohl bezogen auf gravierende Probleme als in Form entspannender Alltagspraxen unterscheiden sich von denen der Jungen durch den kommunikativen Aspekt und durch den Körperbezug. Mädchen und Jungen

stehen also nicht nur vor inhaltlich unterschiedlich ausgeprägten Entwicklungsaufgaben, sondern entwickeln im Laufe ihrer Sozialisation auch unterschiedliche Ressourcen, diese Entwicklungsaufgaben zu bewältigen.

8. DER AUFBAU SOZIALER BEZIEHUNGEN

Wiederum im Rekurs auf die verschiedenen Ablösungsmodi (vgl. IV.1), beschreibt HAGEMANN-WHITE (1984) die hohe Bedeutung, die der "Bande" ab dem Ende der Kleinkindzeit für den Entwicklungsverlauf zukommt - für den Entwicklungsverlauf bei Jungen. In diesem Alter spielen mehr Jungen als Mädchen in Gruppen, die geschlechtshomogen, d.h. jungendominiert sind. Die psychischen Vorteile dieser Gesellung sind: Freiheit von Erwachsenenkontrollen, Unterstützung selbständiger Schritte ohne Erinnerung an frühe Niederlagen und an die Hilflosigkeit des Kleinkindes, Grenzziehung gegenüber Mädchen. In einem komplizierten Mechanismus wird die Spannung zwischen einer Abgrenzung von und dem Angewiesensein auf Mädchen gelöst: Die Überlegenheit über Mädchen wird gesichert, indem die Grenzen der Mädchen verletzt werden (a.a.O., 92f).

Mädchen versäumen eine analoge Struktur von Gesellung; diese Form von psychischer Gruppenbildung ist auf Mädchen nicht übertragbar und kann in weiblicher Form nicht gedacht werden. "Weder ist die Mädchengruppe psychisch für die eigene Geschlechtsidentität notwendig, noch bietet sie je die Aussicht, der lästigen Erwachsenenkontrolle zu entkommen, Abenteuer zu mehreren auf eigene Faust zu erleben. So bleibt die Gruppe angenehm, aber entbehrlich. Gibt es Streit, werden die Mädchen auseinandergehen; die Gruppe kann zerfallen ..., weil sie kein eigenes Objekt libidinöser Besetzung ist." (a.a.O., 98).

Die beschriebenen Strukturen männlicher Gruppenbildung setzen sich fort in jenen männlich dominierten Subkulturen von

Adoleszenten (meist aus unteren Sozialschichten), wie sie BRAKE (1981) als "Verlängerung der Männlichkeit" beschreibt. Hier suchen Jungen männerbündische Freiräume; Mädchen wird eine passive Rolle zugewiesen. Weibliche Sexualität wird abgewertet bei gleichzeitiger Funktionalisierung der Mädchen als Sexualobjekte. Die Überlegenheit über Mädchen muß hergestellt werden, kollektiv in der Frauenverachtung oder individuell über das Machtgefälle zur Freundin. Sexualität wird aufgespalten: Das eine Mädchen, mit Alkohol willfährig gemacht, kann kollektiv vergewaltigt werden (BIENEWALD 1981, 157); der anderen, der Freundin, wird Zärtlichkeit zuteil. Diese Beschreibung trifft in extremer Form auf Straßenbanden zu: die Straße gilt als Territorium für Jungen (BIENEWALD 1981, 174: Die Erziehungsintention der Eltern geht dahin, die Tochter vom schlechten Einfluß der Straße festzuhalten; GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 298: Als Freizeitort wird die Straße von Mädchen ab einem gewissen Alter eher gemieden). Mädchen müssen sich dort vor sexuellen Übergriffen schützen, entweder durch Zuordnung zu einem Beschützer oder durch eigene Gegenwehr (FROMM/SAVIER 1985, 32 f).

Es gibt allerdings eine Spannbreite von Reaktionsformen bei Mädchen, sich auch in solchen Gruppen eine geachtete Position zu erobern und das Bild der duldsamen Frau in Frage zu stellen. Dieses geschieht in der Regel aber unter der Abstraktion ihres weiblichen Geschlechts: sofern es um sexuelle Aspekte geht, verhalten sich die Jungen/Männer traditionell und haben das Sagen (BRAKE 1981). Der Platz von Mädchen bleibt in diesen Subkulturen so immer prekär, die "neue Freiheit" in der Abkehr von traditionellen weiblichen Standards hat in der Regel den Preis der Anpassung an männliche Normen (FROMM/SAVIER 1984, 23).

Außerhalb dieser mädchenfeindlichen Jugendgruppen gibt es kaum analoge Zusammenschlüsse von Mädchen. Nach FROMM/SAVIER (1984) ist eine "autonome Mädchenkultur" deshalb unmöglich, weil einerseits Mädchen auf Widerstandsformen im Rahmen des

Akzeptierten festgelegt sind, eine autonome Mädchenkultur sich aber andererseits gegen herrschende Normen von Jugend- (Jungen-)Kulturen wehren muß (a.a.O., 21). Es gibt allerdings eine spezifische Mädchenkultur, die der "Teeny-Bopper". Ihr Kennzeichen ist das Zusammensein mit der besten Freundin/den Freundinnen in den eigenen vier Wänden und der Aufbau einer nicht hierarchischen Kommunikationswelt mit einem hohen Stellenwert von Schwärmerei (Idole) und gemeinsamen Träumen. Diese Konstellation wird interpretiert als "defensiver Rückzug von der Gefahr sexueller Stigmatisierung" (a.a.O., 30).

Während FROMM/SAVIER (1984) diese Kultur als "unsichtbaren Widerstand" (a.a.O., 29) charakterisieren, hebt BRAKE (1981) den vorbereitenden Charakter - auf die Ehe hin - hervor. Diese Vorbereitung hat Konsequenzen für den "Eigenwert" der Gruppe: "Während die Eltern auf Wahrung der Unschuld durch Verhaltenseinschränkungen drängen, drängt die Gruppe darauf, nun endlich sexuelle Wesen sein zu dürfen. Körperfetisch, Ästhetik des Schönseins und Schön-Machens für andere und Sexualisierung als Objekt für andere sind geeignet, eine gemeinsame Definition der Sexualität in der Gruppe herzustellen, während sexuelle Impulse per se nicht sonderlich gruppenfähig sind." (a.a.O., 99). Mit dieser Bedeutung der Gleichaltrigengruppe von Mädchen ist gleichzeitig der externe Bezug gesetzt: ein Mann, dem es zu gefallen gilt. "Bezugspunkt der Gruppe ist eine Neudefinition des Mädchens als sexueller Person, dies ist es auch, was die Gruppe sprengt, wenn ein Mädchen einen Freund vorweisen kann." (a.a.O., 100) Es ist vielfach beschrieben worden, wie Mädchen häufig jeglichen Kontakt zu ihren Freundinnen aufgeben, sobald sie eine Beziehung mit einem Jungen eingehen; während Jungen ihre Mitgliedschaft in einer Clique oder andere freundschaftliche Beziehungen auch neben und trotz einer Partnerschaft aufrechterhalten wollen und häufig die Freundin in die eigenen Bezüge ansatzweise integrieren (vgl. BIENEWALD 1981, 160).

Die feste Zweierbeziehung, die Partnerschaft mit dem Freund, ist die wesentliche Beziehungsform in der Adoleszenz, zumindest wird sie stets als im Vordergrund stehend beschrieben. Etwas verdeckter ist die Beziehung zur Freundin: die Freundin gilt als wichtigste Gesprächspartnerin (von Mädchen wie von Jungen).

Unserer Meinung nach greifen diese Beschreibungen möglicher Mädchenspezifischer Gesellungsformen zu kurz. Sie heben einerseits die jugenddominierte Subkultur, in der Mädchen marginale Rollen einnehmen, andererseits die "Teeny-Bopper" als einzige "Mädchenkultur" hervor. Wenn wir in Teil V verschiedene Subkulturen, die verschiedene Muster von Drogenaffinität rituell verankert haben, untersuchen, begegnen wir diesen beiden beschriebenen Gesellungsformen nur in der alkoholaffinen Subkultur männlicher Auszubildender und in der stärkeren familiären Bindung abstinenter Mädchen wieder. Zwischen diesen Polen existiert aber ein breites Spektrum von Gesellungsformen, wie z.B. die Subkultur der illegalen (weichen) Drogen, die Verkehrsformen der Gynasiasten/innen mit mäßigen Konsummustern oder die Discoszene etc. Deutlich werden kann hier also nur, daß der Bezugsgruppe bei Mädchen eine anderer Stellenwert zukommt als Jungen - welche Bedeutung dies ist, ist später zu diskutieren.

Die Bezüge zu Gleichaltrigen in Form einer "Clique" haben für Jungen einen hohen Stellenwert, bezogen auf die Entwicklung und Integration männlicher Sexualität und auf die Strukturierung des Verhältnisses zu Frauen (im Sinne der Sicherung einer Überlegenheit). Jungen integrieren eher ihre Partnerin (häufig als "Anhängsel") in ihre Bezugsgruppe. Eine ähnlich dramatische Rolle spielen Cliques für Mädchen nicht, denn in jugenddominierten Gruppen haben sie lediglich einen Objektstatus und Mädchengruppen zielen auf ihre eigene Aufhebung durch die Orientierung auf einen festen Freund hin, der sie als neue dominante Sozialbeziehung ersetzt. An-

ders als Jungen, geben Mädchen für den festen Freund die Gleichaltrigengruppe auf.

Es unterscheidet sich also unter den Geschlechtern die Entwicklungsaufgabe "Herstellung der Bezüge zu Gleichaltrigen" in ihrer inhaltlichen Ausprägung, in ihrer biographischen Relevanz und in ihrer Verknüpfung mit anderen Entwicklungsaufgaben (Sexualität, Partnerschaft).

V. REKONSTRUKTION: GESUNDHEITSVERHALTEN IM RAHMEN MÄDCHENSPEZIFISCHER ABLÖSUNGSPROZESSE

1. REVISION DES ENTWICKLUNGSAUFGABEN-KONZEPTES; LEITFRAGEN FÜR DIE RE-KONSTRUKTION DER VERHALTENSMUSTER VON MÄDCHEN

Die mädchenstpezifischen Besonderheiten des Entwicklungsprozesses, wie wir sie in Kapitel IV an einzelnen Aspekten herausarbeiten konnten, gehen nicht auf im Konzept der Entwicklungsaufgaben. Wir können und wollen hier keine Theorie der Entwicklungsprozesse von Mädchen entwerfen, sondern die Auseinandersetzung nur soweit in Thesen zusammenstellen, wie sich daraus die Formulierung von Fragen ergibt, die uns bei der Re-interpretation der in Kapitel II und III beschriebenen Verhaltensmuster von Mädchen in den Bereichen Konsum von Alkohol, Zigarettenrauchen, Gebrauch von illegalen Drogen und Medikamenten sowie Ernährung als Leitlinien dienen können.

1.1 Entwicklungsfelder: Zentrale Aspekte der Entwicklungsdynamik von Jugendlichen beider Geschlechter sind "Ablösung" (von den Eltern als Personen und als Werteträger) und "Neuorientierung" (Aufbau neuer personaler Beziehungen und eigener Lebensentwürfe). Diesen als relevant angesehenen Feldern - "Eltern" und "Gleichaltrige" - fügen wir als drittes Entwicklungsfeld den Körper hinzu: allerdings nicht verstanden als physiologische Begebenheit, sondern als Teil der somatischen Kultur. Damit wollen wir einerseits dem Stellenwert, den der Körper und die Auseinandersetzung mit ihm für Mädchen besitzt, gerecht werden, sowie jene Orientierungsprozesse einfangen, die nicht von den Eltern bestimmt, aber auch nicht subkulturell in Bezugsgruppen abgestützt sind. Das Bewährungsfeld der "Gleichaltrigen" präzisieren wir, indem wir auf die Verschiedenheit subkultureller jugendspezifischer Gesellungsformen mit je eigenen Drogenprofilen und je eigenen Geschlechtsrolleninstitutio-

nalisierungen eingehen und fragen, welche Attraktivität die Integration in eine bestimmte Subkultur für Mädchen haben kann (vgl. S. 105f).

1.2 Entwicklungsaufgabe als Aufgabe der Entwicklung von Bewältigungsmodi: Idealtypisch haben wir zwei Entwicklungs- bzw. Ablösungsmodi herausgearbeitet: Die Ich-Werdung von Jungen ist bestimmt als Prozeß der Abgrenzung (gegen die Bezugsperson) und von der Etablierung bzw. Konturierung der Körpergrenzen (Abhärtung). Die Ich-Werdung des Mädchens ist gekennzeichnet durch empathische Kommunikation. Der Körper ist integraler Bestandteil des Selbst; die ihn betreffenden Prozesse in der Entwicklung werden als Bewahrung und Sexualisierung beschrieben. Diese Modi sind idealtypisch, d.h. sie kommen in reiner Form nicht vor. In reiner Form würde der "männliche" Modus auf aggressive (deviante) Abgrenzung unter Verlust der Bindungsfähigkeit, der "weibliche" Modus auf die vollständige Bindung unter Verlust der Abgrenzungsfähigkeit hinauslaufen.

In einer Variante kehrt der Dualismus (der Idealtypen) wieder in der abgrenzbaren Eindeutigkeit männlicher Identität und der - theoretisch noch wenig erarbeiteten - zyklischen, offenen und ambivalenten weiblichen Identität (wie sie am Beispiel der Bewertung der Geschlechtsrolle und der komplexen Ambivalenz von Familien- und Berufsorientierung sichtbar wurde).

Das Entwicklungsaufgabenkonzept richtet sich in seinem Entwicklungsbegriff einseitig aus am männlichen Modus der Abgrenzung und am reduktionistischen Ideal des mit sich selbst identischen - notabene männlichen - Individuums aus, "der sich in wechselnden Lebenslagen als Einheit und Kontinuität erfährt, der berechenbar und eindeutig identifizierbar ist" (HARDACH-PINKE 1982, 199). Mit der Aufgabe dieser Kontinuitätshypothese kann auch die Entwicklungsaufgabe nicht mehr in der Erledigung linearer notwendiger

Schritte hin zu einer eindeutigen Identität bestehen, sondern darin, zum einen die Anteile von Abgrenzung und Bindung als zwei Polen von Abgrenzungsmodi, zum anderen die ambivalente Orientierung der eigenen Geschlechtsrolle inklusive der Perspektive zwischen Beruf und Familie stets neu auszubalancieren.

1.3 Die Rolle der somatischen Kultur: Die somatische Kultur - um einer biologistischen Interpretation von "Körper" vorzubeugen, verwenden wir diesen Begriff - wird im Entwicklungsaufgabenkonzept entweder neutralisiert oder gerät erst gar nicht in den Blickwinkel der Theoretiker (vgl. etwa das auffällige Fehlen der Körperkategorie im aktuellen Lehrbuch von HURRELMANN et al. (1985, 12f)). Grundlage für diese Auslassung ist die Orientierung an der kontinuierlichen, abgrenzbaren und identifizierbaren männlichen Identität, sie "bildet das Korrelat zu der Fiktion des kontinuierlichen Körpers, der jenseits aller Veränderungen besteht. Der Körper der Frau verändert sich dauernd und offensichtlich." (HARDACH-PINKE 1982, 199).

Wir haben das "andere" Körperkonzept von Mädchen bereits herausgearbeitet (vgl. IV, 6). Aus dieser Skizze folgt, daß der Körper für Mädchen nicht nur ein zu akzeptierender ist - das setzt reflexive Distanz und eben Abgrenzung voraus -, sondern er ist ein sich anzueignender. Es wird von Mädchen einerseits als integraler Teil des Selbst - mit durchlässiger Grenze zum Körpererleben und anderen Erlebnisebenen - empfunden, und ist andererseits gleichzeitig Entfremdungsprozessen unterworfen (z.B. Zwang zur Körperpräsentation etc.). Er ist nicht nur eine Entwicklungsaufgabe unter anderen, sondern als Körperidentität permanentes und fluktuierendes Entwicklungsziel, als Körpermanipulation, Bewältigungsmodus und als intimes Verhältnis Entwicklungsfeld.

1.4 Sexualität und Abgrenzung: Sexualität ist derjenige

Bereich, der für Mädchen unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen einen zentralen und konflikthaften Aspekt von Ablösung von den Eltern und Stellung gegen traditionelle gesellschaftliche Werte impliziert. Auf der anderen Seite ist sie mit dem Vorrang des kommunikativen, nicht des genitalen Aspekts an den Aufbau eigener sozialer Bezüge gebunden. Anders als bei Jungen - deren Sexualität zum einen gesellschaftlich anders bewertet wird, zum anderen stärker aufgespalten ist in den genitalen und den kommunikativen Aspekt - stellt Sexualität für Mädchen die Nagelprobe des Entwicklungsstandes dar.

1.5 Formulierung der Fragen: Diese Anmerkungen bilden den Grundstock für die Festlegung zentraler Interpretationsleitlinien der in Kapitel II und III beschriebenen Verhaltensmuster von Mädchen (Konsum von Alkohol, Rauchen, Konsum von illegalen Drogen und Medikamenten sowie Ernährung):

- a) Das in Frage stehende Verhalten ist mit einer je spezifischen Dominanz in den einzelnen Entwicklungsfeldern verankert: Es ist mehr oder weniger subkulturell verankert, mehr oder weniger durch die Bindung an Eltern bestimmt, mehr oder weniger körperbezogen. Welche Relevanz besitzen die einzelnen Felder? Welche Bedeutung hat insbesondere die Wahl einer Subkultur, die eine bestimmte Drogenaffinität aufweist, als Bezugsfeld? Auf welche Auseinandersetzungsprozesse läßt dies schließen?
- b) Welche Elemente der Entwicklungsmodi lassen sich finden (Abgrenzung, Empathie, Anpassung, Aggressivität etc.), d.h. läßt sich das Verhalten als spezifischer Ablösungsmodus interpretieren? Hierbei muß einbezogen werden, daß in diesem Kontext Sexualität für Mädchen eine besondere Rolle spielt.
- c) Welche Wertigkeit hat das Verhalten als ein kulturell mit "Männlichkeit" oder "Weiblichkeit" assoziiertes? In

welcher Weise werden "männliche" Körper- und Bewältigungstechniken (Abgrenzung, Abhärtung, Verdrängung, s.o.) und "weibliche" (Kommunikation, Körpermanipulation etc.) in dem Verhalten fortgeführt? In welchem Bezug steht dies zur Herausbildung der Geschlechtsidentität?

- d) Das Konzept der Entwicklungsaufgabe stellt die Konkretisierung des Konzeptes von Bewältigungshandeln auf jugendspezifische Belastungen hin dar. Damit ergibt sich eine doppelte Fragestellung (vgl. III.5): Läßt sich das in Frage stehende Verhalten - etwa extreme Verhaltensaussprägungen, wie sie allgemein unter dem Aspekt des Mißbrauchs und der Abhängigkeit diskutiert werden - interpretieren als Reaktion auf bzw. Bewältigungsversuch von besonders problematischen oder behinderten Entwicklungsprozessen? Oder ist es - etwa als gemäßigte, (sub-)kulturell akzeptierte Verhaltensweise - von passagerer Funktionalität für Mädchen, um sich des eigenen Standes innerhalb des "normal" verlaufenden Entwicklungsprozesses selbst zu vergewissern? Lassen sich die spezifischen Funktionalitäten des Verhaltens (vgl. III.6) wiederfinden?

Die Auseinandersetzung mit dem Entwicklungsaufgabenkonzept im Versuch einer Spezifizierung für Mädchen stieß sich vor allem an der analytischen Trennung der Entwicklungsaufgaben, dem Primat der Eindeutigkeit und Kontinuität sowie an der fehlenden Unterscheidung von Entwicklungsaufgaben und Modus der Bewältigung. Da wir keinen eigenen theoretischen Entwurf erarbeiten, können wir für unsere Interpretation dieses Defizit nur wettmachen durch eine integrale Darstellung. Wir müssen uns dabei von dem Wissen um die Ausprägung der Konsummuster selbst, um subkulturelle Verankerung, Motive, kulturelle Wertigkeit etc. leiten lassen. Letzteres führt dazu, daß die Interpretation der einzelnen Bereiche (Alkohol, Nikotin, illegale Drogen, Medikamente, Ernährung) unter Umständen heterogen ausfallen kann, da jedes Muster seine spezifischen Assoziationen, Verankerungen und - last not least - wissenschaftliche Bearbeitungsebenen vorgibt.

2. ALKOHOLKONSUM

Das bislang zusammengetragene Material ergab folgendes Bild zum Konsumverhalten von Mädchen bezogen auf Alkohol: Mädchen trinken seltener und weniger Alkohol als Jungen, häufiger zu besonderen Anlässen und im familiären Rahmen, während Jungen stärker anlaßunspezifisch trinken. Mädchen bevorzugen in höherem Maß als Jungen Sekt, Wein und Mixgetränke. Der häufige und exzessive Konsum vor allem von Bier in der Öffentlichkeit von Kneipen, Vereinen und der Straße im Kreis der Kumpane ist dagegen Domäne der Jungen. Dieses Trinkmuster ist assoziiert mit dem Status des Auszubildenden und mit dem Klischee des "wildem jungen Mannes", der aggressiv und provokant Normen überschreitet, "antisoziale" Tendenzen auslebt, Sozialisationsdefizite und die vermehrt auftretenden familiäre Spannungen kompensiert in den Trink- und Männlichkeitsritualen der Clique und Straßenbande. Diese Alkoholgefährdeten sind überwiegend männlich, aber nicht alle männlichen Jugendlichen entsprechen diesem Klischee des exzessiven Trinkers: z.B. Gymnasiasten zeigen einen mäßigeren - eventuell in einer kurzen Übergangsphase exzessiven - und kontrollierten Umgang mit der Droge und nähern sich so dem für Mädchen beschriebenen Muster an. In der Gruppe der Jugendlichen mit einer positiven Einstellung zu Alkohol allgemein finden sich immer noch mehr Mädchen als Jungen; die Unterschiede sind aber nicht mehr so krass wie bei den Gefährdeten. Im Vergleich zu den Nichtkonsumenten gelten diese Jugendlichen als stärker jugendzentriert, sie orientieren sich in höherem Maß "weg von zu Hause, hin zu Gleichaltrigen". Entspannungstechniken und passiv-rezeptive Freizeittätigkeiten werden von ihnen höher geschätzt. Bezogen auf Trinkmotive kennen Mädchen zwar positive Wirkungen von Alkohol, geben sie aber seltener als aktuelle Trinkmotive an. Im schulischen Bereich haben sie zwar mehr Probleme, steigern deshalb aber nicht - wie Jungen - ihren Alkoholkonsum. Der exzessive Konsum steht bei Jungen im Zusammenhang mit der Verdrängung von Problemen, bei Mädchen mit Selbstwertverbesserung. Eine positive Einstellung haben Mädchen vor allem zu mäßigem Trinken mit kommunikativen Aspekten; negativ dagegen ist die Vorstellung des "Besoffenseins".

Zunächst ist für die folgenden Überlegungen eine explizite Unterscheidung zwischen exzessivem und mäßigem Konsum zu treffen. Dabei geht es nicht um eine graduelle Differenz, um ein quantitatives "Mehr", sondern um einen qualitativen Unterschied der mit beiden Konsumformen verbundenen Bewertungen und Bilder in der Vorstellung und Praxis der Mädchen: So ist z.B. "Lustig werden" positiv, "Besoffensein" negativ etc.

Zunächst geht es um die Frage, warum Mädchen eine größere Distanz als Jungen zum Alkoholexzeß haben. Exzessiver Alkoholkonsum ist überwiegend für Jugendliche ein geselliges, soziales Ereignis; die Gruppe Gleichaltriger oder Älterer spielt als Konsumkontext eine wesentliche Rolle im Sinne einer alkoholaффinen Subkultur. In dieser Subkultur ist die kulturell verankerte, fast zum Mythos verallgemeinerte Assoziation von Alkohol und Männlichkeit fest ritualisiert. Alkohol steht für Stärke ("viel vertragen"), Vitalität und Männlichkeit; die männlichen Jugendlichen messen sich daran, wer am meisten trinkt (s.u.). Das "Ideal der trinkfesten Männlichkeit" (REUBAND 1980) - die Überhöhung jener bereits früh gelernten Verbindung "Bier paßt zum Vater"; REUTER/HÖCHER 1977, 133ff - wird vor allem von jenen männlichen Auszubildenden adaptiert, die in der Freizeit/ regelmäßig exzessiv und kollektiv eingebunden Alkohol trinken. "Entscheidend ist die brüderliche Gemeinschaft der heranwachsenden Männer, in der Alkohol als Stimmungsmacher nicht wie von den gleichaltrigen Gymnasiasten gespalten, sondern im Gegenteil freudig angenommen wird. Ziel ist das Lustigwerden, wobei aber ein Vollrausch einkalkuliert wird." (FRANZKOWIAK 1986, 78). Und über den Vollrausch berichten sie mit Stolz, er gilt fast als Trophäe (ebenda). Weibliche Auszubildende bewerten dieses Trinken als "abstoßend" (a.a.O., 85) und wissen sich mit dieser Meinung mit anderen gleichaltrigen Mädchen einig.

Die Männlichkeit, die mit exzessivem Alkoholkonsum assoziiert wird, schließt Weiblichkeit aus: Mädchen können/sollen sich dieses Verhalten nicht aneignen. Auch im Selbstverständnis der Jugendlichen gehört es sich weniger für Mädchen als für Jungen. Die normativen Differenzen, je nachdem, ob ein Junge oder ein Mädchen Alkohol trinkt, werden durch eine unterschiedliche Beurteilung der Situation "Wenn der Freund/die Freundin auf einem Fest 'einmal richtig sturzbetrunken ist'" bestätigt. Die Antworttendenz ergab eine

deutlich negativere Haltung gegenüber betrunkenen Mädchen als gegenüber betrunkenen Jungen (GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 204). So überschneiden sich gruppenspezifische Normen des Trinkverhaltens mit Geschlechtsrollennormen und bestimmen das jugendliche Selbstverständnis: "Mädchen sollen gesellige Mittrinkerinnen sein, jedoch sollen sie nicht im Alkoholkonsum ein Ventil zum Ausleben von unterdrückten Wünschen und Bedürfnissen suchen." (HURRELMANN/VOGT 1985, 32).

Die Tatsache, daß exzessiver Alkoholkonsum in Subkulturen verankert ist, die die Droge zur Stilisierung von Männlichkeit einsetzen, macht das Verhaltensmuster für Mädchen im Zusammenhang mit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben problematisch, wenn nicht sogar dysfunktional: wir zeigen im folgenden, daß exzessiver Alkoholkonsum für Mädchen weder als gewollte, kollektiv abgesicherte Normverletzung noch als Vorgriff auf die Erwachsenenrolle funktional sein kann, sondern im Gegenteil problematische Stigmatisierungsprozesse bezogen auf die sexuelle Identität in Gang setzt.

Für Jungen bleibt der exzessive Konsum von Alkohol als eine aggressive gewollte Normverletzung im Bild der "rebellischen Jugend": Aufsässigkeit, Aggressivität und das assoziierte deviante Verhalten ist Teil des kollektiven Rituals und ist verankert in der Wertorientierung der Gruppe; die Gruppe steht gegen die Erwachsenenwelt. Diese kollektive Absicherung des Verhaltens gilt für Mädchen nicht, denn sie verstoßen mit einem regelmäßigen exzessiven Alkoholkonsum bereits gegen gruppeninterne Schicklichkeitsgebote. (Und sie bleiben, auch wenn sie viel trinken, von der selbstherrlichen Männlichkeitsdemonstration ausgeschlossen - ihr Manko ist nicht der Konsum per se, sondern das Geschlecht.) Das besagt, daß der Bereich verletzter Normen größer ist: Wenn sie exzessiv trinken, verstoßen sie nicht nur gegen altersspezifische wie die Jungen, sondern auch gegen geschlechtsspezifische Normen. Sie zeigen damit ein wesent-

lich problematischeres Muster von abweichendem Verhalten, indem sie "männliche Formen" des Abweichens wählen und nicht "weibliche" wie Medikamentenkonsum oder "Flucht in die Krankheit" (vgl. CLOWARD/PIVEN 1979). Aufgründdessen sind sie mit wesentlich gravierenderen Stigmatisierungsprozessen konfrontiert.

Die Situation (männlicher) Jugendlicher ist bestimmt durch die Bereitschaft, Erwachsenenrollen zu übernehmen, gleichzeitig aber mit den Erziehungsautoritäten in Konflikt zu liegen. Der (exzessive) Alkoholkonsum bekommt vor diesem Hintergrund seine Funktionalität im Doppel von "Ablehnung der Erwachsenenwerte bzw. altersspezifischer Aneignungsvorschriften" und "Aneignung von Reife- und Erwachsenensymbolen". So stellt nach REUBAND (1980) der Alkoholkonsum von Jugendlichen einen Akt der Rebellion gegenüber altersspezifischen Trinknormen dar, gleichzeitig aber auch einen Akt der Konformität gegenüber Erwachsenen, für die Alkoholkonsum eine Normalität darstellt. JESSOR/JESSOR (1978) und HURRELMANN/VOGT (1985) thematisieren diesen doppelten Aspekt von Auflehnung und Anpassung als "Vorgriff auf die Erwachsenenrolle". Alkohol gilt als Erwachsenenattribut in den Augen der Jugendlichen - aber nicht geschlechtsneutral. Es geht zwar um mit der Erwachsenenrolle verknüpfte Normen (z.B. Alkohol ist gestattet für Erwachsene), aber es geht konkreter um erwachsene Männlichkeit. "Nun ist die Vorstellung, als Erwachsener könne man ruhig mal 'über den Durst' trinken, nicht für alle Erwachsenen gleichermaßen gültig. Die gesellschaftliche Rollenerwartung, die der Frau entgegengebracht wird, impliziert zumeist das Element eines mäßigen Alkoholkonsums, häufiger und exzessiver Alkoholkonsum gehört eher zum Bestandteil der männlichen Rolle. Das Trinkverhalten der Geschlechter ist unter Erwachsenen in der Regel diesem Erwartungsmuster gemäß ausdifferenziert. Wenn das Trinkverhalten Jugendlicher vor diesem Hintergrund mit zu sehen ist als vorzeitige Übernahme von Verhaltensweisen von Erwachsenen, dann wäre zu erwarten, daß sich mit

zunehmendem Alter die Jugendlichen den geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen und Verhaltensmustern der Erwachsenen angleichen." (STIMMER 1980, 81f). Der Vorgriff auf die Erwachsenenrolle kann nicht geschlechtsunspezifisch gedeutet werden: Erwachsen sein heißt "Mann" oder "Frau sein". Für Mädchen stellt der exzessive Alkoholkonsum kein Erwachsenenattribut dar; für Jungen kann er dagegen sowohl vorzeitige Aneignung der Erwachsenenrolle als auch (in der Stilisierung von kollektiv getragener Männlichkeit) Geschlechtsrollenattribut in einem bedeuten.

Möglicherweise ist innerhalb der subkulturellen Bezüge der Alkoholexzesse kontraproduktiv zur Bewältigung der Aufgabe der Entwicklung und Integration von sexuellen Erfahrungen. Ein Vollrausch kann Mädchen "in unangenehme Situationen bringen." Konkret ist gemeint - wie Material von FRANZKOWIAK (1986, 81) belegt -, daß die Enthemmung unter Alkohol von Jungen ausgenutzt wird, um sexuelle Erfahrungen zu initiieren, zu denen das Mädchen sonst nicht bereit gewesen wäre (vgl. auch das "willfährig machen" von Mädchen mit Hilfe von Alkohol als männliche Strategie in der alkoholaffinen Subkultur bei BIENEWALD 1981, 157). Exzessiver Konsum ist funktional im Sinne der psycho-dynamischen Entwicklung des Jungen (vgl. IV. 8), vor allem was Stabilisierung von Männlichkeit in Dominanz über Weiblichkeit betrifft. Gleichzeitig zeigen sich die Unterschiede der Vergesellschaftung männlicher und weiblicher Körper in der jugendlichen Subkultur: Abhärten als männliche Variante und Sexualisierung (bei gleichzeitiger Abwertung der sexualisierten Frau) als weibliche.

Es bleibt die Frage nach Orientierungsprozessen an Gleichaltrigen im Rahmen der subkulturellen Zusammenschlüsse. Während der Alkoholkonsum Jungen in den alkoholaffinen Subkulturen in den Trink- und Männlichkeitsritualen zusammenschweißt ("Männerbünde"), werden Mädchen nur marginale Rollen zugewiesen. Dies beschreibt anschaulich die qualita-

tive Studie von BERGER und LEGNARO (1980), die hier ausführlich wiedergegeben werden soll. Aus 12 qualitativen Interviews mit klinisch als Alkoholikern diagnostizierten Jugendlichen (bis 21 Jahre) kristallisierten sie vier Typen heraus: Den "isolationistischen Rückzug", die "Darstellung öffentlicher Einsamkeit", den "wilden jungen Mann" und das "hilflos-anhängliche Mädchen". Beim "isolationistischen Rückzug" wird - nachdem die Herstellung von Beziehungen über Alkohol gescheitert ist - um der betäubenden Wirkung willen getrunken; die "Darstellung öffentlicher Einsamkeit" stellt die Umstilisierung der Kontaktunfähigkeit dar zum harten Image dessen, der Kontakte nicht nötig hat. Der "wilde junge Mann" wird explizit als männliches Muster beschrieben. Auf die durch das Mittrinken erworbene Akzeptanz der Person in der Gruppe folgt ein Aufstieg in der Gruppenhierarchie, denn bei exzessivem Alkoholkonsum gilt das "Mehr vertragen als andere" als bewunderungswürdige Leistung und wird mit einer Führungsposition entgolten. Für den "wilden jungen Mann" ist weiterhin der Alkohol aufgrund seiner Wirkung funktional, denn er enthemmt, so daß aggressives Ausagieren möglich ist. Weiterhin hebt er das Selbstbewußtsein und über ihn läßt sich Männlichkeit demonstrieren.

Das "hilflos-anhängliche Mädchen" dagegen ist in die Gruppe integriert über Anpassung und Anhänglichkeit: Sie trinkt, ohne weitere Motivation, lediglich aus Anpassung mit.

BERGER/LEGNARO weisen darauf hin, daß es sich bei der Verwendung der Begriffe "Mann" und "Mädchen" nicht um biologische Zuschreibungen handelt - ein in unserem Zusammenhang eminent wichtiger Hinweis. Es wäre demnach nämlich möglich, daß auch junge Männer das Muster "hilflos-anhängliches Mädchen" zeigen; auf der anderen Seite gibt es aufgrund der Ergebnisse der Subkulturforschung berechnete Zweifel, daß Mädchen in Cliques häufig das Muster "wilder junger Mann" an den Tag legen. Als soziale Zuschreibungen und nicht als biologische beinhalten die Beobachtungen von BERGER und LEGNARO Aussagen über Gruppenstrukturen, in denen

es "männliche" und "weibliche" Parts gibt. Der männliche Part ist dabei von dem Streben nach einer Führungsposition in der Gruppe gezeichnet, während der weibliche Part - der, wie erwähnt, auch Männer zugeschrieben werden kann - von Abhängigkeit, Anpassung und Unterordnung gekennzeichnet ist. Dies bedeutet aber, daß wir uns auf der Ebene von Geschlechtsrollenklischees, oder präziser: von kulturell gebundenen Männlichkeits- und Weiblichkeitsvorstellungen in Jugendlichengruppen befinden.

Dies muß im Zusammenhang unserer Fragestellung wieder auf den Alkohol bezogen werden: "Männlich", so lautet das Klischee, ist ein exzessiver Alkoholkonsum, der im Zusammenhang mit dem Anstreben von Führungspositionen und Männlichkeit steht. "Weiblich" - als Klischee, das den anderen Pol ausmacht - ist Trinken ohne Motivation, quasi willenlos, fremdbestimmt und angepaßt. Bei Männern ist der (exzessive) Alkoholkonsum ein Zeichen von Stärke, bei Mädchen/Frauen ein Zeichen von Schwäche.

Daß wir uns auf der Ebene sozialer Klischees und nicht biologischer Eigenschaften bewegen, wird auch deutlich, wenn wir als notwendige Differenzierung die Schichtzugehörigkeit bzw. die Ausbildungssituation der Jugendlichen miteinbeziehen. Die idealtypische Beschreibung vom Stolz Jugendlicher auf ihre Exzesse als Beweis einer harten Männlichkeit betrifft vornehmlich die Realität männlicher Hauptschüler/Auszubildender: "Gymnasiasten dieses Alters zeigen, unabhängig vom Geschlecht, einen kontrollierten, z.T. zeremoniell eingebundenen Umgang mit Alkohol. Exzessives Gemeinschaftstrinken wird innerhalb dieser Gruppe normativ sanktioniert." (FRANZKOWIAK 1986, 79f). Die strenge Verbindung von Männlichkeit und Alkoholexzess schließt somit nicht (biologisch definierte) Mädchen aus, sondern (kulturell definierte) "weibliche Muster", wie sie z.B. männliche Gymnasiasten ausbilden.

Bislang wurde vor allem die Funktionalität exzessiven Alkoholkonsums im Rahmen des jungenspezifischen Entwicklungsprozesses beschrieben; und unschwer läßt sich im Verhaltensmuster der "männliche" Ablösungsmodus über aggressive Abgrenzung und eingeschränkte soziale Bindung erkennen. Im Motiv des "Viel-vertragens" erscheint die Abhärtung des Körpers; auch spezifische Bewältigungsformen wie Ausagieren und Verdrängen tragen männliche ("männlich" auf der Ebene der Geschlechtsrollenklischees, s.o.) Züge.

Die Bemerkungen geben Hinweise darauf, warum exzessiver Alkoholkonsum für Mädchen im Rahmen des Entwicklungsprozesses eine andere Funktionalität hat als für Jungen. Bei dem beschriebenen Konnex zwischen Alkohol und Männlichkeit und in der Fixierung auf das exzessive, aggressiv-öffentliche Konsummuster bleibt das Verhaltensmuster der Mehrzahl der Mädchen ausgeblendet, das beschrieben ist als mäßiger Umgang mit Alkohol, unabhängig von aktuellen Belastungen und Sozialisationsdefiziten, gebunden an besondere Anlässe und bestimmte personenbezogene Settings. Da Mädchen in der Extremgruppe der Gefährdeten kaum repräsentiert sind bzw. sich dort ihre Marginalität reproduziert, ergeben sich keine Anhaltspunkte für ihre Motive, Settings, Präferenzen etc., für die Einbindung des nicht-extremen und nicht-männlichen Verhaltens in weibliche Alltagspraxis. Es ist anzunehmen, daß die Motive des mäßigen Konsums auf spezifischen Konnotationen und Erfahrungen mit Alkohol beruhen, die außerhalb des beschriebenen Kontextes der Männlichkeit angesiedelt sind.

Für den Bereich mäßigen Konsums stellt sich der Zusammenhang mit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben neu und anders. Mäßiger Konsum ist zwar - für Mädchen wie für Jungen - ebenfalls an Geselligkeit gebunden, wie die Charakterisierung der Jugendlichen zeigt, die eine positive Einstellung zum Alkohol haben. Die subkulturelle Verankerung ist

aber eine andere als beim exzessiven Alkoholkonsum: (Mäßiger) Konsum ist z.B. institutionalisiert in Discos, auf Fetten, Konzerten etc. Was den Besuch dieser auf Jugendliche ausgerichteten Begegnungs- und Kommunikationsstätten betrifft, so hat sich das Freizeitverhalten von Mädchen und Jungen angenähert: das Publikum ist gemischt. Die Discosubkultur ist nicht identisch mit der harten, alkoholaffinen und männerdominierten Subkultur der "Streetgang". Sie scheint eher ein 'gemäßigt politoxikomanes Milieu' zu bilden. Auch hier gilt allerdings die negative Sanktionierung der 'Besoffenen'. In diesen subkulturellen Formen existieren zwar auch Hierarchien nach Geschlecht, die Dominanz harter Männlichkeit gilt aber nicht so uneingeschränkt.

Für Mädchen ist weiterhin der familiäre Rahmen und das zweiseitige Beisammensein Ort und Anlaß des (mäßigen) Alkoholkonsums; hier sind Assoziationen wie Gemütlichkeit und vor allem der kommunikationsfördernde Aspekt von Alkohol Trinkmotive.

In diesen beiden Kontexten - Discokultur und Beisammensein im kleinen Kreis - hat der mäßige Alkoholkonsum eine Bedeutung im Rahmen weiblicher Ablösungsprozesse bezogen auf die sich imitierend aneignende Vorwegnahme erwachsener Weiblichkeit und im Zusammenhang mit weiblichen Entspannungstechniken.

Der Zusammenhang zwischen positiver Einstellung zum Alkohol und Jugendzentrismus bzw. Orientierung an Gleichaltrigen belegt einen rebellischen Gestus des sich abgrenzenden Ablösungsprozesses. Diesen Gestus können sich auch Mädchen aneignen, da der mäßige Konsum zwar immer noch altersspezifische Normen verletzt, aber als "weibliches" Muster keine geschlechtsspezifischen Normen. In diesem Sinne kann er durchaus auch für Mädchen die Aneignung eines Geschlechtsrollenattributs bzw. ein Vorgriff auf erwachsene Weiblich-

keit sein.

Darüber hinaus kann mäßiger Konsum von Alkohol, eingesetzt als "Stimmungsaufheller" und zum Abbau von Hemmungen (der aber nicht die Grenze zu jenem oben beschriebenen Kontrollverlust überschreiten darf) im Zusammenhang mit alltäglicher Entspannung gedeutet werden: Denn es ist "...Entspannung keineswegs eine ruhige, abgeklärte und körpersichere Normalisierungsform des Alltags. Sprunghaftigkeit und Nervosität, absichtsvolle Anspannung und Befindlichkeitsmanagement auch durch Alltagsdrogen werden als Begleiter von Entspannungstechniken sichtbar." (FUCHS 1985a, 22; Hervorhebung von uns). Alkohol in Maßen kann aufgefaßt werden als Teilaspekt weiblicher Entspannung, vor allem dann, wenn wir uns die Bedeutung der kommunikativen Komponente bei weiblichen Entspannungstechniken und Bewältigungsstrategien in Erinnerung rufen, sowie die Tatsache, daß diese Entspannungstechniken ebenso wie das Trinken der Mädchen relativ unabhängig von aktuellen Belastungen sind (vgl. ebenda).

Die Logik der bisherigen Erklärung - exzessiver Konsum als verdrängende Bewältigung aktueller Belastungen und Stilisierung von Männlichkeit als jungenspezifisches Muster einerseits, mäßiger Konsum im Konkordanz mit Entspannungstechniken an besondere Anlässe gebunden, aber unabhängig von aktuellen Konflikten als Mädchenspezifisches Muster andererseits - spart zwei Phänomene aus: das (wider diese Logik) exzessive Trinken von Mädchen, und Abstinenz von Mädchen. Erklärt werden konnte bislang nur, warum Mädchen nicht (so viel) trinken, nicht aber, warum sie (auch viel) trinken. Die Funktionalität des mäßigen Konsums spart die Frage aus, welchen Nutzen Abstinente aus ihrem Verhalten ziehen.

Abstinente gelten als stärker familiär eingebunden. Damit haben sie offensichtlich eine andere Orientierung herausgebildet, bei der Gleichaltrige verglichen mit anderen Werteträgern weniger Bedeutung haben. Sie verkörpern damit

aber auch einen anderen Ablösungsmodus als die jugendzentrierteren und sich abgrenzenden Jugendlichen (Mädchen und Jungen), die ein positives Verhältnis zu Alkohol haben. Da dieser Modus der Abstinenten uns noch bei anderen Konsumverhaltensmustern begegnet, soll später auf ihn zusammenfassend eingegangen werden.

Über die Bedingungen des exzessiven Alkoholkonsums bei Mädchen im Zusammenhang mit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben liegt kaum Material vor, daß jenseits bloßer Vermutungen eine Interpretation erlaubt. Die Herausarbeitung des passiv-anhänglichen Haltung exzessiv trinkender Mädchen (s.o.) verweist auf den Aspekt von Abhängigkeit und damit auch von Kontrollverlust bezogen auf die in der Adoleszenz gestellten Entwicklungsaufgaben. Dieser Aspekt wird im Zusammenhang mit dem Konsum (harter) illegaler Drogen ausführlich diskutiert, da dort Material vorliegt, deshalb sei hier nur auf diese Interpretationsmöglichkeit verwiesen. Für die Aufrechterhaltung des problematischen Verhaltens hat es eine Bedeutung, daß geschlechtsspezifische Konsumnormen verletzt werden; präziser: das Verhalten kollidiert mit den an ein "anständiges Mädchen" gestellten Erwartungen. Jenseits dieses Mädchenbildes gibt es auch andere Weiblichkeitsbilder, die das exzessive Verhalten evoziert, die aber stets stigmatisierend sind ("Säuferin"). Diese wechselseitigen Stigmatisierungs- und Identifizierungsprozesse können den spiralig fortschreitenden und sich verselbständigenden Prozess des Hineingleitens in die Alkoholabhängigkeit in Gang setzen.

Exzessiver Alkoholkonsum ist verankert in einer spezifischen jugenddominierten Subkultur; dort wird er rituell eingesetzt zur Stilisierung von Männlichkeit, die Mädchen bzw. Weiblichkeit ausschließt oder eine inferiore Stellung zuweist. Aufgrund der Assoziation von Alkohol mit dem "Ideal trinkfester Männlichkeit" ist im Zusammenhang mit Entwicklungsprozessen von Mädchen exzessiver Alkoholkonsum proble-

matisch, weil er für sie gegen geschlechtsspezifische Normen (die auch in der Subkultur gelten) verstößt; zudem begeben sich die Mädchen in die Gefahr, sexuell funktionalisiert zu werden. Bei exzessiv trinkenden Mädchen ist eine Überforderung durch Entwicklungsaufgaben anzunehmen bzw. ein sich verselbständigender Stigmatisierungsprozess. Der mäßige Konsum von Alkohol als "weibliches" Muster ist im "gemäßigt politoxikomanen" geschmischtesgeschlechtlichen Freizeitmilieu Jugendlicher angesiedelt; er enthält als Element rebellischer Ablösung einen Vorgriff auf die Rolle der "weiblichen" Erwachsenen; als Alltagsdroge begleitet der mäßig eingesetzte Alkohol weibliche Entspannungstechniken.

3. ZIGARETTENRAUCHEN

Das Rauchverhalten von Mädchen läßt sich nach unseren bisherigen Beschreibungen wie folgt zusammenfassen: Rauchen ist unter weiblichen und männlichen Jugendlichen stark verbreitet und zwar in ähnlicher Häufigkeit und Intensität. Die Sequenzen, denen die Gewöhnung an die Zigarette folgt, werden von beiden Geschlechtern analog durchlaufen; die geäußerten Motive ähneln sich. Der einzige gravierende Unterschied besteht darin, daß Mädchen wesentlich weniger 'harten Tabak' (Zigarrillos, Pfeife etc.) rauchen. In der Phase der Initiation spielt das Rauchen in der Bezugsgruppe Gleichaltriger eine dominierende Rolle; im späteren Verlauf des Gewöhnungsprozesses individuieren sich die Motive. Rauchen ist - bei Mädchen und Jungen - an Einstellungen wie Jugendzentrismus, an die allmähliche Aneignung einer Erwachsenenöffentlichkeit und an jugendspezifische subkulturell verankerte Freizeittätigkeiten gebunden; es läßt sich in Beziehung zu einem höheren Konfliktpotential im Alltag setzen.

Das Rauchen - insbesondere die ersten Rauchversuche bezieht seine entwicklungspezifische Relevanz aus dem "Reiz des Verbotenen", aus dem Charakter provokanter Grenzüberschreitung, mit der - auch wenn es nur heimlich geschieht - Erfahrungs-Terrain erobert wird. Die Tatsache, daß Mädchen älter sind, wenn sie mit dem Rauchen beginnen (nicht an Jahren, sondern im Sinne eines Erfahrungsvorsprunges verglichen mit gleichaltrigen Jungen z.B. in bezug auf heterosexuelle Freundschaften) sowie die Tatsache, daß die ersten Rauchversuche weniger heimlich geschehen, werden von den Autoren einer französischen Studie darauf zurückgeführt, daß in der geschlechtsspezifischen Entwicklung "die Phase der verbotenen Spiele (...) bei den Mädchen weniger ausgeprägt (ist) als bei den Jungen..." (FRANZ.KOM./SOFRES 1985, 39f). Das bedeutet in unserer Terminologie: Das Motiv provokanter Abgrenzung wirkt bei Mädchen weniger, das Motiv der Anpassung dominiert. Es ist die Frage, ob diese Beobachtung - bezogen auf das Rauchen - durch die Daten des Konsumverhaltens heute noch gedeckt ist.

Für Mädchen wie für Jungen ist der soziale Kontext

gleichaltriger (oder älterer) Jugendlicher für die ersten Raucherfahrungen bedeutsam. Aber dementsprechend wie in den Gruppen den Mitgliedern Geschlechtsrollenverhalten abverlangt wird, sind die Zugänge zum Zigarettenkonsum ausdifferenziert: Der Junge beginnt, "...mittels der Zigarette seinen körperlichen Mut und die Rivalität mit Gleichaltrigen auf die Probe zu stellen. Das Mädchen hingegen wird passiver abwarten und eher Zuflucht zur Imitation nehmen..." (FRANZ.KOM./SOFRES 1983, 40). Für den Jungen ist ein wesentliches Motiv die Angst, als Opfer der Furcht, als Schwächling oder Memme zu gelten. Er muß rauchen, um diesen Verdacht auszuräumen. "Das Mädchen möchte dagegen in den Augen der anderen weniger einen persönlichen Sieg, als vielmehr Bewunderung lesen." (a.a.O., 41). Damit sind auch die Nuancen der Einwirkung von Gruppenmitgliedern auf diejenigen, die sich dem Initiationsritus zu unterwerfen haben, rollenspezifisch verschieden: Während bei Jungen die Provokation des anderen ("du bist ja zu feige") die Regel ist, ist die entsprechende Form bei Mädchen die imitierende Verführung (durch ältere Mädchen; ebenda).

An dieser Stelle ist ein Einwand zu diskutieren, der sich an den Ergebnissen von LOPEZ (1983) festmacht. LOPEZ folgt diesem Topos, wenn sie das Motiv der (passiven) Anpassung an Gruppenstandards bei Mädchen für deutlicher gegeben hält als bei Jungen. Sie selbst problematisiert diese Feststellung allerdings, indem sie darauf verweist, daß sich in der Literatur widersprüchliche Angaben darüber finden, ob weibliche Personen 'generell' eine höhere Anpassungsbereitschaft aufweisen oder nicht. Solange diese Frage nicht geklärt ist, kann (theoretisch) nicht davon ausgegangen werden, daß die differenten Beobachtungen auf grundsätzliche Geschlechtsunterschiede im Verhalten in Gruppendrucksituationen zurückzuführen sind (LOPEZ 1983, 98f). Angesichts der Schwierigkeiten der Interpretation ist die Annahme naheliegend, daß die Betonung des passiven Elements in der

Schilderung der Raucherinitiation der Mädchen nicht auf einer unterschiedlichen Anpassungsdisposition, sondern auf Mädchenspezifischen Rechtfertigungs- und Selbstdarstellungsstrategien beruht: Die männlichen Jugendlichen - unter ihnen vor allem die Auszubildenden - verteidigen nach den Ergebnissen von FRANZKOWIAK (1986) offensiv ihr Risikoverhalten, tragen eine "Jeder-wie-er-will"-Philosophie als aggressive Rationalisierung für ihr (Weiter-)Rauchen vor. Mädchen (und Gymnasiasten/Studenten) reagieren in der Risikodiskussion eher defensiv, erkennen das Risiko an und wenden es individualistisch-resignativ (a.a.O., 66). Die Rücknahme einer Eigenbeteiligung an der Raucherinitiation, wie sie sich in den Berichten von Mädchen findet, kann also möglicherweise einer spezifischen Legitimationsstrategie entspringen, ohne eine Entsprechung auf der Verhaltensebene zu haben.

Auch wenn 'die Gruppe' eine wesentliche Rolle bei der Initiation des Rauchens spielt, so gibt es doch keine spezifisch nikotinaffine Subkultur. In bestimmten jugend-spezifischen Settings wie Discos, Feten, Konzerten etc. ist zwar das Rauchen (ebenso wie Alkoholkonsum und häufig verbunden mit ihm, vgl. V.2) institutionalisiert und im "Milieu" verankert, aber Nikotin ist dabei nur eine Droge unter anderen; Rauchen ist Teil, aber nicht dominierender Teil der kollektiven Identität. Über diese Gesellungsformen hinaus ist Rauchen bereits in vielen anderen Kontexten zum Alltagshandeln geworden.

Das - auch für die Gruppe - interessante, weil symbolisch-verbindende am Rauchen ist die Verschwörung über die kollektive Normverletzung: Es wird die altersspezifische Norm verletzt, nach der das Rauchen Privileg der Erwachsenen ist. Rauchen ist par exemple ein "Vorgriff auf die Erwachsenenrolle", begehrtlich als "anticipation of adulthood" (vgl. Übersicht: WETTERER/HELFFERICH 1983,76). Es dient als "Reifeversprechen" in einem "doppelten Statusmo-

tiv" (FRANZKOWIAK 1985) der Abgrenzung von Erwachsenen (in der Übertretung des altersspezifischen Verbots) und der Imitation der Erwachsenen, wobei das Verbot die Zigarette nur noch stärker an die Bedeutung, Privileg der Erwachsenen zu sein, koppelt. Dies gilt für Mädchen wie für Jungen.

Im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol haben wir bereits bemerkt, daß die Antizipation des Erwachsenenstatus nicht geschlechtsneutral vollzogen werden kann: "Erwachsen" heißt immer "Mann sein" oder "Frau sein". Im Gegensatz zum Alkohol, bei dem ein "hartes" Muster des Konsums eindeutig mit "Mann" assoziiert war, kann das Rauchen heute die erwachsene Frau ebenso charakterisieren wie den erwachsenen Mann und kann somit eine bedeutende Rolle spielen in dem Augenblick, "...in dem das Kind versucht, mit Hilfe der Zigarette in die Rolle des Mannes bzw. der Frau zu schlüpfen und diese Rolle zu spielen." (FRANZ.KOM./SOFRES 1983, 40). Hier ist - offensichtlich auch für Mädchen - das Rauchen in der kindlichen/jugendlichen Sicht ein potentiellles Attribut der Geschlechtsrollenidentität. In ihrer Bedeutungsvielfalt kann die Zigarette "den Mann zum Mann" und "die Frau zur Frau" machen (a.a.O., 23).

Diese potentielle Bedeutung der Zigarette für Mädchen und für Jungen, die quasi als Demokratisierung des Rauchens zwischen den Geschlechtern zu beschreiben ist, markiert einen "epochalen Trend" (SILBEREISEN/KASTNER 1985; die Nivellierung der geschlechtsspezifischen Bedeutung wurde bereits von REUTER/HÖCHER 1977, 187 notiert).

Die Assoziation zwischen Rauchen und Männlichkeit hat ihre ursprüngliche Wurzel darin, daß es "der Körperkraft eines erwachsenen Mannes bedarf, um das Rauchen 'verkräften' zu können" (FRANZ.KOM/SOFRES 1983, 29). Noch in Untersuchungen der 60er und 70er Jahre wurde das Rauchen als mit Männlichkeit assoziiert vorausgesetzt und erhoben. Dabei

enthielt gleichzeitig die Aneignung dieser Symbolik inkompatibel mit der weiblichen Rolle. So war z.B. die Ausgangshypothese von FISHER: "Women utilize smoking to attain greater identification with the masculine mode of relating to the world." (FISHER 1976, 157). Frauen assoziierten zudem signifikant häufiger als Männer mit dem Rauchen Machtmotive (ebenda, 159f; vgl. SIEGRIST 1980, 16), was - den Autoren zufolge - den Schluß auf eine Distanzierung von der weiblichen Geschlechtsrolle zuläßt. Diese Interpretation ist - aus heutiger Sicht betrachtet - selbst schon historisch: Sie spiegelt die damaligen normativen Vorgaben im Umgang mit Geschlechtsrollen und ihren Darstellungsaccessoires.

In den 50er Jahren galt ein striktes "(anständige) Frauen rauchen nicht", in den 60er Jahren hatte sich die Norm gelockert zu einem "(anständige) Frauen rauchen nicht in der Öffentlichkeit bzw. auf der Straße". Heute sind die Normen weitgehend zwischen den Geschlechtern demokratisiert: "Frauen rauchen nur da nicht, wo auch Männer nicht rauchen - eben weil es verboten ist." (TRÜMPY 1983, 167).

Innerhalb dieser Angleichungen liegen die Geschlechtsunterschiede im Mikrobereich der Produktdifferenzierung: Das Rauchen von 'hartem Tabak' (Pfeife, Zigarren, Zigarrillos, schwarzer Tabak) bleibt Jungen vorbehalten. Mädchen rauchen überwiegend nur Filterzigaretten, also jene Zigaretten, denen, als sie vor 30 Jahren auf den deutschen Markt kamen, wenig Chancen gegeben wurden mit der Begründung, sie seien "unmännlich und lasch" (SPIEGEL 13/1986). Interessant ist auch, daß gerade jene Zigarette, die als - prima vista - "männlich" in der Werbung vermarktet wird, offensichtlich auch auf Frauen anziehen wirkt: Marlboro ist die von Frauen meistgerauchte Zigarette, wohingegen sich die "Frauenzigaretten" kaum durchgesetzt haben (WETTERER/HELFFERICH 1983, 35). Präziser betrachtet wirbt Marlboro allerdings nicht mit einer - mit "Weiblichkeit" inkompatiblen - "Männlichkeit", sondern mit "Abenteuer und Spannung", aber auch "Recht und

Ordnung" (SPIEGEL 13/1986) oder "Freiheit und Ungebundenheit". Diese Bereiche galten/gelten zwar als männliche Domänen, aber die realen Erlebnismöglichkeiten sind für beide Geschlechter gleichermaßen eingeschränkt: Für beide gibt es kaum noch authentische Abenteuermöglichkeiten, für beide bieten die "Abenteuer aus 2.Hand" (auch und gerade im Surrogat der Zigarette) Ersatz⁶).

Im Zusammenhang mit diesem epochalen Shift der Bedeutung der Zigarette weg von der Assoziation mit Männlichkeit, haben auch jene Traditionen an Bedeutung verloren, die das Rauchen mit 'anti-sozialen Tendenzen' in Beziehung setzen (Übersicht: WETTERER/HELFFERICH 1983, 39 ; LOPEZ 1983, 22f; zum Teil wurden allerdings nur männliche Populationen untersucht, nicht nach Geschlecht differenziert oder die Definition von 'antisoziale Tendenzen' auf Jungen zugeschnitten (als "interpersonal aggressions" z.B.)).

Heute steht Rauchen in einem Zusammenhang mit Orientierungen, die entweder bei beiden Geschlechtern Verbreitung besitzen (Sympathien mit Alternativbewegungen z.B.) oder die neben "männlichen" Zügen (z.B. Nähe zu Motorradfans) auch "weibliche" Züge (z.B. Nähe zur Frauenbewegung) aufweisen. Gerade der Zusammenhang zwischen jugendlichem Rauchen, (weiblichen) Entspannungstechniken und Alltagsflips bindet das Rauchen in den Kontext von alltäglicher Daseinsbewältigung ein, die für beide Geschlechter von Bedeutung ist (FISCHER 1985, 36ff).

Anders als Alkohol kann die Zigarette symbolisches Ausdrucksmittel als Vorgriff auf die Erwachsenenrolle für beide Geschlechter sein. Das bedeutet aber nicht, daß damit die Zigarette in ihrer Bedeutung geschlechtsneutral sei. Gegen diese Annahme spricht, daß die erste Zigarette - ganz im Sinne der Mädchenspezifischen Variante der jugendlichen Rebellion - bei Mädchen in die Zeit der ersten sexuellen Kontakte fällt (FRANZ.KOM./SOFRES 1983, 42). Auch SCHENK

(1980) weist die Zigarette als Teil eines Lebensstils aus, zu dem auch sexuelle Freizügigkeit gehört (a.a.O., 86). Die Zigarette hat für Mädchen in der frühen Initiationsphase den Flair des "Veruchten". (Es darf hier nicht vergessen werden, daß auch Sexualität ein Erwachsenenprivileg darstellt, vgl. FUCHS 1985a, 204).

Damit ist aber nun die Zigarette Symbol und Demonstration dafür, wie weit bereits die Aneignung von Erwachsenenprivilegien - und das heißt für Mädchen auch: Aneignung sexueller Erfahrungen - gediehen ist. Dieser symbolische Zug ist allgemein adressiert. An die Adresse der Eltern/Erwachsenen bekommt er den besonderen Akzent, "inszenierte Opposition" zu sein - und zwar für Mädchen wie für Jungen. Nach der zitierten französischen Untersuchung bestimmen Grad und Natur der Opposition der Kinder Eltern gegenüber das jugendliche Rauchverhalten: Je stärker die Opposition ist, desto eher wird das Kind rauchen. Die Zigarette bietet die Möglichkeit, "...auf einfache und an sich ungefährliche Weise, noch dazu repräsentativ anzuschauen (...) ihre Opposition mittels eines Attributes auszudrücken, das essentiell erwachsenentypisch ist." (FRANZ.KOM./SOFRES 1982, 33; ebenso kann natürlich mit der Weigerung zu Rauchen der Feindseligkeit gegenüber rauchenden Eltern Ausdruck verliehen werden.)

Die Zigarette besitzt also eine Funktionalität als Vehikel und symbolische Demonstration der rebellischen Ablösung auch für Mädchen. In ihrer Bedeutungvielfalt ist sie angeeignetes Erwachsenenattribut sowohl im Sinne des erwachsenen Mannes als auch der erwachsenen Frau.

Diese Funktionalität gilt vor allem für die Initiationsphase. Im Alter von 16 Jahren verliert die elterliche Sanktionsmacht für Jugendliche bezogen auf das Rauchen - und damit der Aspekt der gewollten Verletzung altersspezifischer Normen - an Gewicht; just in diesem Alter treten die

Jugendlichen, die zwischen 13 und 15 Jahren begonnen haben zu rauchen, in die Phase der Gewöhnung und der Individualisierung der Motive ein. Damit verändert sich die Funktionalität des Rauchens; die Bewältigung von Streß und Belastungen oder das Motiv des adäquaten Selbstbildes mit Zigarette treten stärker in den Vordergrund. Von diesem Zeitpunkt an finden sich zwei Motive, die eine hohe Affinität zu weiblichen Alltags- und Bewältigungsstrategien haben: Rauchen als Körpermanipulation (um nicht zuzunehmen) und Rauchen als Erleichterung der Anbahnung einer Kommunikation.

Nichtrauchende Jugendliche - Mädchen wie Jungen - geben wiederum ein eigenes Bild ab: Sie sind weniger jugendzentriert, passen sich stärker den Forderungen der Erwachsenen an und vertreten in stärkerem Maß traditionelle Werte. Sie verkörpern einen Ablösungsmodus, der weniger auf rebellische Abgrenzung zielt. Die Diskussion dieses Typus wollen wir führen, wenn entsprechende Verhaltensmuster aus den anderen untersuchten Bereichen zusammengetragen sind, so daß ein gesamtes Bild dieses Typus entworfen werden kann.

Mit der Zigarette ist heute - Ergebnis eines epochalen Wandels - eine Vielfalt an Bedeutungen assoziiert, die sie sowohl als Attribut erwachsener Männlichkeit als auch erwachsener Weiblichkeit verfügbar sein läßt. Dies gibt ihr in der Phase der Initiation des Rauchens eine symbolische Bedeutung als "Vorgriff auf die Erwachsenenrolle", "inszenierte Opposition" und Geschlechtsrollenattribut gleichzeitig. Verankert in kollektiven Imitierungs- und in demselben Zug Distanzierungsprozessen von Erwachsenen in der Gruppe Gleichaltriger bezieht sie ihre Bedeutung als Requisite rebellischer Ablösung auch für Mädchen. Obwohl die Orientierung an Gleichaltrigen eine Rolle spielt, gibt es keine spezifisch nikotinaffine Subkultur; das Rauchen hat sich in vielen jugendspezifischen Kontexten zum Alltaghandeln verallgemeinert. In der Phase der Habitualisierung, die in der Regel mit der altersspezifischen Legalisierung des Rauchens

zusammenfällt - individualisieren sich die Motive: Streßbewältigung, Darstellung eines adäquaten Selbstbildes, Vermeidung von Gewichtszunahme und die Erleichterung von Kommunikation gewinnen als Motive an Bedeutung.

4. KONSUM ILLEGALER GENUSS- UND RAUSCHMITTEL

Die bisherige Beschreibung des Konsummusters von Mädchen bei illegalen Drogen (der Begriff umfaßt als hauptsächlich konsumierte, 'weiche' Drogen Cannabisprodukte, 'harte' Drogen wie Heroin, Kokain, Opiate, psychotrope Substanzen wie LSD etc. und psychotrope Medikamente) ergab folgendes Bild: Mädchen scheinen bezogen auf die Konsumquoten auf- und Jungen einzuholen (dieser Trend wartet allerdings noch auf Bestätigung). Die Angleichung ist wenn, dann auf ein angenähertes Konsumverhalten der Mädchen an das der Jungen im Bereich der 'weichen' Drogen zurückzuführen; zwar steigt der Anteil Heroin konsumierender Mädchen ebenfalls, bezogen auf diese Droge sind jedoch noch unterschiedliche Konsumanteile belegt. Der Erstkonsum findet bei Mädchen in jüngerem Alter und häufiger im vertrauten Kreis statt. Sie steigen seltener von Cannabisprodukten auf harte Drogen um; wenn sie dies tun, dann allerdings in zeitlich kürzerem Abstand als Jungen. Eine wichtige Rolle für die Verhaltensgenese spielen problematische Erziehungsstile und familiäre Interaktionsbedingungen. Der Drogenkonsum geht Hand in Hand mit einer Distanzierung vom Elternhaus bzw. von elterlichen Werten und Leistungsnormen, mit einem starken Bedürfnis nach vertrauten Beziehungen außerhalb des Elternhauses und einer deutlichen Orientierung an Gleichaltrigen. Die Konsumentinnen illegaler Drogen - hier gibt es nur geringe Geschlechtsunterschiede - bewerten Nonkonformität und Unabhängigkeit hoch, haben eine positive Einstellung zu Sexualität und eine gewisse Offenheit gegenüber sozialer Devianz.

Bevor wir die subkulturelle Verankerung des Drogenkonsums in seiner Bedeutung für Mädchenspezifische Ablösungsprozesse untersuchen, sei zunächst auf das wesentliche Merkmal der hier zur Diskussion stehenden Drogen, ihre Illegalität, eingegangen. Schon bei der subkulturell durchaus tolerierten weichen Droge Haschisch führt sie "...den Konsumenten dieser Droge immer wieder vor Augen, daß sie mit dem Cannabiskonsum gegen gesellschaftliche Normen verstoßen." (TOSSMANN 1985, 69). Der Charakter der Illegalität macht es möglich, den drogenunspezifisch geltenden Aspekt des Drogengebrauchs als gewollte Normverletzung zu präzisieren. Er spielt nämlich für illegale Drogen im Vergleich zu legalen eine besondere Rolle, weil nicht nur altersspezifische Normen verletzt werden, sondern auch allgemeingültige; es handelt sich nicht nur um den Makel verfrühten Konsums, sondern sanktioniert wird der Konsum überhaupt. Damit tritt der Konsum in ein

kritisches Verhältnis zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bei Mädchen.

HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF (1985) interpretieren die Tatsache, daß ein höherer Anteil männlicher als weiblicher Jugendlicher illegale Drogen konsumiert (Erhebung 1977/78), mit einem Rückgriff auf Geschlechtsrollenstereotype: Angesichts einer "höheren Hemmschwelle bei weiblichen Jugendlichen gegenüber abweichendem Verhalten" (a.a.O., 47) bilde die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht einen protektiven Faktor gegenüber der gewollten Normverletzung, wie sie der Konsum illegaler Drogen in besonderem Maß darstellt. Anstelle illegaler Drogen bevorzugen Mädchen, ebenfalls auf das Geschlechtsrollenstereotyp zurückführbar, Schmerz- und Beruhigungsmittel. Das bedeutet - in unserer Terminologie -, daß der Medikamentenkonsum ein "angemesseneres" Verhalten zur Bewältigung von Konflikten, ein naheliegenderes zur Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben für Mädchen ist als der Konsum illegaler Drogen. Das Verschwinden der Differenzen in den Konsumanteilen verlangt eine kritische Revision dieser Erklärung.

Der Begriff "abweichendes Verhalten" ist in diesem Zusammenhang falsch verallgemeinert und irreführend, denn der Medikamentenkonsum muß ebenfalls als "abweichendes Verhalten" gelten; nur handelt es sich um "weibliches" abweichendes Verhalten (vgl. CLOWARD/PIVEN 1979). Die protektive Wirkung der weiblichen Sozialisation bezieht sich also nur auf männliche Formen abweichenden Verhaltens, womit der Drogenkonsum in einer Reihe steht mit Gewaltkriminalität, Eigentums- und Sexualdelikten.

Für den Konsum von Cannabisprodukten entspricht diese Einordnung offensichtlich nicht der subjektiven Einstellung Jugendlicher. HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF (1985) selbst stellten fest, daß der Haschischkonsum von der Mehrzahl der Jugendlichen sozial akzeptiert wird - auch wenn

seine Illegalität bekannt ist. Mädchen sind dabei nur wenig negativer eingestellt als Jungen (a.a.O., 68). Es ist also die Frage, ob (heute noch) Mädchen deshalb zurückhaltender sind beim Konsum von Cannabis, weil sie dieses Verhalten als "männliches" abweichendes Verhalten ansehen. Ein verändertes Bild der Droge in dieser Beziehung könnte z.B. den Trend eines zunehmenden Konsums bei Mädchen erklären. Es ist also (andersherum formuliert) die Frage, ob nicht auch für Mädchen gerade die Illegalität der Droge - bei gleichzeitiger Akzeptanz des Konsums durch Gleichaltrige - einen starken Reiz ausüben und zur Steigerung ihrer Attraktivität beitragen kann.

Bezogen auf die "harte" Droge Heroin ist die Einstellung bei Mädchen eindeutig negativer, so daß hier durchaus von einer Hemmschwelle gesprochen werden kann.

Nun findet sich in der Beschreibung drogenerfahrener Mädchen ein anderer Punkt provokativer Normverletzung: sie machen früh sexuelle Erfahrungen. Wir haben diesen Aspekt als die Mädchenspezifische Rebellion ausgemacht (vgl. IV,5): Um sexuelle Erfahrungen drehen sich die Konflikte mit den Eltern (während Jungen mit ihren Eltern eher Autoritätskonflikte haben) und sie stehen auch bei Mädchen - und nur bei ihnen, nicht bei Jungen - im Zusammenhang mit Jugendzentrismus und Unabhängigkeitsforderungen. Drogenerfahrene Mädchen gehen früher Partnerschaften ein (PULS-THORBURN 1983, 304), sie haben eine positive Einstellung zu Sexualität. Für Mädchen finden wir den Drogenkonsum als Teil eines ganzen untereinander zusammenhängenden Syndroms, das Sexualität und Drogenkonsum in noch stärkerem Maß, als beim Konsum von Alkohol und beim Rauchen beschrieben werden konnte, in einem rebellischen Lebensstil zusammenführt.

Wir verfolgen den Zusammenhang, der offensichtlich zwischen beiden Formen der gewollten Normverletzung bei Mädchen (und nicht oder so nicht bei Jungen) besteht, zunächst aus-

schließlich bezogen auf "weiche Drogen", also Haschisch bzw. Cannabisprodukte, die auch als Einstiegsdroge für den 'harten' Konsum gelten. Auf "harte Drogen" (Heroin, Opiate, Kokain etc.) wird anschließend eingegangen. Diese Trennung ist begründet in unserem Interesse, die kulturelle Einbindung des Konsums in den Alltag in Bezug zu setzen zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben - die kulturelle Einbindung der beiden Drogengruppen unterscheidet sich aber deutlich, und zwar nicht nur in der differentiellen Bewertung durch die Jugendlichen selbst und nicht nur als zwei Subkulturen, denen unterschiedliche Personen(kreise) zuzurechnen sind, sondern auch, weil Beziehungsstrukturen, Handlungsfelder, Problemlagen und auch Sexualität anders eingebunden sind.

Die Subkultur, in der der Konsum von Haschisch bzw. Marihuana verankert ist ("Szene", "Kifferszene") enthält neben diesem Bereich provokanter Normverletzung den zweiten, für die Rebellion von Mädchen wichtigen Bereich ebenfalls: Sie wird als "sexuell freizügig" beschrieben (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 83; vgl. S.94f). Ihre jugendlichen Repräsentanten äußern in der Ablehnung traditioneller Werte ein progressives Selbstverständnis, das sich auch auf die (Gleich-)Stellung der Geschlechter bezieht. So sind z.B. die informellen Gruppen, denen Konsumenten illegaler Drogen sich zugehörig fühlen, vergleichsweise häufiger gemischt als Gruppen Jugendlicher allgemein (JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 80). Verglichen mit der rigiden Geschlechtsrollen-Zuweisung z.B. in männerdominierten alkoholaffinen Subkulturen können Mädchen also emanzipative Ansätze in dieser Szene zumindest im verbalen Konsens durchsetzen. (Dabei ist die Schichtspezifität des Haschischkonsums zu beachten: Haschisch wird in größerem Maß von Gymnasiasten genommen, bei denen "Männlichkeit" und "Weiblichkeit" in der Selbstdefinition und den Lebensentwürfen weniger polarisiert sind.) Der Konsum von Haschisch erscheint als Teil eines Lebensstils, zu dem auch sexuelle Freizügigkeit gehört.

HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF (1985) finden die These, "daß das Suchen von erotischen Erfahrungen und sexueller Befriedigung ein wichtiges Einstiegsmotiv sei" (a.a.O., 149) nicht bestätigt; die positive Beziehung zwischen beiden Aspekten scheine vielmehr sich erst als Folge des Konsums einzustellen. Wir bestreiten nicht die Bedeutung der Anpassung innerhalb eines Gruppenkontextes, wollen aber auch nicht das aktive Element der Bezugsgruppenwahl vernachlässigen : Jenseits des Zufalls gibt es Gründe, warum Mädchen sich zu informellen Gruppen der "Drogenszene" hingezogen fühlen; wobei das Image der Drogensubkultur - unbewußt - verspricht, der (mehr oder weniger vordergründigen) Bewältigung ihre spezifischen Problemlage zu dienen.

Damit kann sich also für Mädchen der Reiz des Verbotenen auf die illegale Droge und auf Sexualität beziehen - beide haben für Unerfahrene die Aura des Geheimnisvollen. Daß Konsumenten illegaler Drogen dafür empfänglich sind, läßt sich aus dem festgestellten "Reizhunger" schließen und daraus, daß bei ihrem Konsum das "excitement" im Vordergrund steht und nicht wie beim Konsum von Tabak und Alkohol Betäubung (vgl. KREYSSING/KURTH 1984, 71).

Die Assoziation zwischen "freier" bzw. früher weiblicher Sexualität und dem Konsum von Haschisch wird häufig durch das Erziehungsverhalten zementiert: Die Übertretung des doppelten elterlichen Verbots erscheint in synonymen Vorwürfen: "Meine Tochter nimmt Drogen"/"meine Tochter treibt sich rum" resp. "ist ein Flittchen". Die Doppelung des Stigmas koppelt beide Bereiche noch enger als ohnehin, ruft als Reaktion eine positive Identifikation mit dem Stigma hervor und bewirkt eine Verstärkung des Außenseiterverhaltens.

Für drogenerfahrene Mädchen ist offensichtlich vor allem problematisch, daß sich ihre Ansprüche auf Unabhängigkeit, auf sexuelle Freizügigkeit und ihre Selbstdefinition jen-

seits traditioneller Rollenvorstellungen in Konformität mit den elterlichen/gesellschaftlichen Werten nicht befriedigen lassen. Die inhärenten Konflikte verweisen auf das Phänomen der rebellischen Ablösung. Die informellen Gruppen der Drogenkonsumenten - wiederum bezogen nur auf weiche Drogen - bieten die Chance einer Neuorientierung unter Gleichaltrigen, das andere jugendspezifische Gesellungsformen den Mädchen nicht bieten können: Sie stellen ein Feld für soziale Bezüge dar, das weniger (sexuell) defensiv ist, als die (abstinenten) Teeny-Bopper und weniger frauenverachtend als die jugenddominierte Alkohol-Subkultur.

Die besondere Bedeutung der Orientierung an "gleichgesinnten" Gleichaltrigen (s.u.) und der Abstand zu traditionellen Sexual-, Geschlechtsrollen- und Konsumnormen läßt sich aus Beobachtungen ablesen, die die stärkere Einbindung von Konsumenten illegaler Drogen in ihre ihnen Halt und Bestätigung liefernden Gruppen beschreiben (vgl. III,4) sowie die hohe Kohäsion (vor allem im Kern) dieser Gruppen und ihre Abgrenzung als werteeoppositionelle Teilgruppe der Gesellschaft (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 86) belegen. Der Konsum von Haschisch dient dabei als bindendes Element: Um den Konsum als geselliges Ereignis herum bilden sich kollektive und gruppenspezifische Konsumstile und -rituale heraus. Die Bedeutung der Gruppe drückte ein Jugendlicher als Faszination der Möglichkeit aus, "anders zu sein als andere", aus dem Normalen herauszuscheren, und gleichzeitig "Gleichgesinnte" zu treffen (TOSSMANN 1985, 77). Inhaltlich bezieht sich für Mädchen die "gleiche Gesinnung" und die "Abgrenzung gegen die Erwachsenen" auf die Möglichkeit, sexuelle Erfahrungen zu machen und emanzipative Forderungen zu stellen.

Mit der verstärkten Integration in Gleichaltrigengruppen, die durch Forderung nach Unabhängigkeit und durch Abgrenzung gegenüber der Erwachsenenwelt gekennzeichnet sind, sind auch

spezifische Aspekte eines Ablösungsprozesses beschrieben, innerhalb dessen der Konsum von 'weichen' Drogen eine besondere Funktionalität haben kann: Dieser Konsum stellt für Mädchen eine Form oppositionellen und rebellischen Verhaltens dar, wobei die Rebellion ihre spezifische Färbung bezieht aus dem Problem, angesichts widersprüchlicher Verhaltensanforderungen eine adäquate Form weiblicher Sexualität zu entwickeln.

Die Wirkung von Haschisch u.ä. kann ebenso in den Dienst "weiblicher" Bewältigungstechniken gestellt werden (Körpererleben, Meditation, größere Kommunikationsfähigkeit) wie auch in den Dienst "männlicher" Bewältigungsformen (Betäubung). Insgesamt sind illegale weiche Drogen nicht im traditionellen Sinn wie Alkohol mit männlicher Härte assoziiert, sondern eher mit als "weiblich" beschriebenen Entspannungstechniken (vgl. IV, 7) oder mit meditativen Techniken, Selbsterfahrung und Bewußtseinserweiterung, Auflösung von Körpergrenzen, die mit dem Ideal des harten Männerkörpers nicht kompatibel sind.

Die Ursache dafür, daß Mädchen seltener den Übergang zu harten Drogen vollziehen, mag - außer an den zitierten "Hemmschwellen" gegenüber "harten" Drogen - daran liegen, daß für sie die informellen Gruppen von Haschischkonsumenten ein "adäquates" Feld weiblicher Rebellion darstellen, dessen Vorzüge nicht so schnell aufgegeben werden. Allerdings steigen Mädchen wenn, dann schneller auf harte Drogen um - was die Interpretation nahelegt, daß angesichts ihrer persönlichen Entwicklungsprobleme ihnen die weichen Drogen "nichts" oder "nicht genug brachten". (Damit ist implizit behauptet, daß die Drogen-Karriere weder automatisch noch zufällig in der Sequenz Zigarette-Haschisch-Heroin durchlaufen wird, sondern daß diejenigen Mädchen, die "einen Schritt weiter gehen", in andere Entwicklungskonstellationen eingebunden sind und über andere Bewältigungsressourcen verfügen als die, für die der Haschischkonsum eine biographische

•

Episode bleibt.)

Es stellt sich also die Frage, welches Verhältnis von Entwicklungsaufgaben(-konstellation) und Bewältigungsressourcen für jene Mädchen eruierbar ist, die auf Heroin "umsteigen". Zunächst stellt sich die Frage eines spezifischen Einsteigs: Das Phänomen, über die personale Bindung an einen fixenden Freund selbst in Kontakt zu und Abhängigkeit von harten Drogen zu geraten, gilt nur für Mädchen; für Jungen sind analoge Fälle mit vertauschten Rollen nirgendwo berichtet. Weitere Einstiegsmotive können - geschlechtsspezifisch - Neugier oder der Wunsch nach Anerkennung in einer Gruppe sein. Zudem bietet sich über den Konsum von Heroin zunächst die scheinbare Eröffnung eines "sinnstiftenden Orientierungs- und Handlungsfeldes" (KREYSSING/KURTH 1984, 74: "Fixerinnenidentität").

Die Berliner Gruppe TUDROP (1984) ist eine der wenigen, die den Heroinkonsum von Jugendlichen in ihrer empirischen Erhebung in Beziehung gesetzt haben zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben. Sie entwickeln - unter anderen, aber hier für uns von besonderem Interesse - die Interpretation "Drogengebrauch als Reaktion auf Kontrollverlust", ausgehend von der Annahme, "daß eine Massierung von Kontrollverlust die aktuelle Befindlichkeit beeinträchtigt. Dies gilt besonders, wenn der Kontrollverlust als persönlich verschuldet erlebt wird, Eine Möglichkeit, einen deshalb drohenden Selbstwertverlust abzuwenden ist es, die Anforderungen aktiv abzulehnen und in diesem Sinn den Werte-Konsens über Entwicklungsziele Jugendlicher aufzukündigen; (...) Kontrollverlust und seine Folgen lassen sich durch Drogengebrauch subjektiv befriedigend, objektiv gesehen natürlich nur als Pseudo-Lösung, bewältigen (...Es) wären vor allem solche Umstände kritisch, die es dem Jugendlichen erschweren oder unmöglich machen, das Tempo und die Reihenfolge der biographischen Aufgaben selbst zu bestimmten (...). Drogengebrauch kann eine Reaktion neben anderen auf Kontrollver-

lust sein, er kann aber auch zur praktisch einzigen Form der Bewältigung werden." (a.a.O., 54f).

Die These vom Kontrollverlust muß in unserem Zusammenhang auf eine Mädchenspezifische Interpretation hin überprüft werden. (Dabei können wir nur der logischen Stringenz unserer Überlegungen folgen - da entsprechende Fragen bislang noch nicht empirisch bearbeitet wurden.) Wir haben bereits den Ablösungskonflikt und -modus drogenerfahrener Mädchen skizziert. Es erscheint plausibel, daß unter entsprechenden Umständen - Wegfallen von Ressourcen, kritische Lebensereignisse, Zuspitzung unter Stigmatisierung - der Konflikt sich leicht zur Krise ausweiten kann. Dabei klaffen die Dringlichkeit einer Bewältigung einerseits und durch die Drogenabhängigkeit verstärkter Kontrollverlust zunehmend auseinander. Es kommt zu einem Bewältigungsstil, den TUDROP (1984) so beschreibt: "Sie leisten keinen Widerstand, sie passen sich auch nicht den Anforderungen an. Der Handlungsvollzug scheint durch Vermeidung und Rückzug gekennzeichnet zu sein. Die vorhandenen Wünsche nach einer positiven, emotionalen Anlehnung, das Wissen, daß eine Ausbildung notwendig ist, finden keinen Niederschlag in der konkreten Handlungsplanung. Außerdem scheinen keine alternativen Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stehen. Der Drogenkonsum kann als Mittel der Bewältigung gewählt werden." (a.a.O., 297).

Die passive Haltung, die hier zum Ausdruck kommt, und für die auch die Aspekte der Realitätsflucht oder -vermeidung als funktionale Elemente der Drogen bezeichnend sind, stehen als Phänomene von Kontrollverlust für Mädchen in einem engen Zusammenhang mit "Abhängigkeit" im doppelten Sinn: "Welche Variante süchtige Mädchen in Beziehungen auch leben, fast immer sind sie nicht nur vom Heroin abhängig, sondern begleitend und zusätzlich in Beziehungen zu Männern (in einzelnen Fällen auch zu Frauen) verstrickt, bzw. werden darin festgehalten. Der Versuch, einen Standort im Verhält-

nis zu Männerbeziehungen zu finden, ist für heroinabhängige Frauen im Gegensatz zu 'nichtdrückenden' Frauen noch schwieriger, da die Beziehungsgeschichte in ihren einzelnen Aspekten völlig mit der Suchtgeschichte verschmolzen ist." (KREYSSING/KURTH 1984, 76). Es darf nicht vergessen werden, daß die Konsumenten harter Drogen in der "harten Drogen-szene" einen eigenen Sozialisationsprozeß durchlaufen entsprechend dem eigenen subkulturellen Code. Dabei tritt die Abhängigkeitskomponente zunehmend in den Vordergrund, die Drogenbeschaffung wird zum alles bestimmenden Primat. Es entwickelt sich eine Eigendynamik und jene möglichen subjektiven Wertschätzungen, die die Einstiegsdroge Haschisch so attraktiv machten, erscheinen in "verkehrter" Form: Die sexuelle Freizügigkeit wird zur Beschaffungsprostitution, emanzipatorische Beziehungen zu neuen Ausbeutungs- und Abhängigkeitsverhältnissen (von einem Mann/von der Droge). Die Unterordnung der Frau wird wieder hergestellt, ja verdoppelt. Die Bezugsgruppe zerfällt in der Konkurrenz des Überlebenskampfes, zusammengehalten nur von den notwendigen Beschaffungskontakten. Um im Topos zu bleiben: Der rebellische Ablösungsmodus, der sich beim Konsum weicher Drogen abzeichnet, verzehrt sich beim Übergang zu harten Drogen selbst. Die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bleibt auf der Strecke: Ablösung - von der Droge wie vom Partner wie von den Eltern - wird zu einer protrahierten Leidensgeschichte.

Beim Mädchenspezifischen Konsum von weichen Drogen kann es sich um eine Provokation im Sinne einer gewollten Verletzung traditioneller Werte, Gesetze und Geschlechtsrollenormen handeln. Die Droge erscheint dabei als Teil eines Lebensstils, der über eine deutliche Orientierung an Gleichaltrigen eine rebellische Form von Ablösung verspricht: Im aggressiven Ablösungsmodus eignet sich das Mädchen neue Erfahrungen an - sowohl mit illegalen Drogen als auch sexueller Art -, deren Verarbeitung im Rahmen Gleichgesinnter stattfindet. Als biographisch transitionelles Phäno-

men kann also der Konsum von Cannabisprodukten mit einem spezifischen Ablösungsmodus verbunden sein.

Der Übergang zu "harten" Drogen spielt bei Mädchen eine komplexe Abhängigkeitskomponente in den Vordergrund: Abhängigkeit von der Droge; Abhängigkeit von dem Freund, der das Mädchen zum Drogeneinstieg bringt ("anfixt") bzw. von Männern resp. dem Partner in der weiteren Suchtgeschichte; Abhängigkeit weiterhin von den Eltern. Diese Abhängigkeiten ersetzen zunehmend die Möglichkeit eigener Handlungsplanung und in eben dem Maß, wie dies geschieht, wird der Drogenkonsum zur einzigen Bewältigungsform. Die Motive der Rebellion, wie sie dem Konsum von Haschisch zugrundeliegen erscheinen beim Übergang zu harten Drogen in pervertierter Form.

5. MEDIKAMENTENKONSUM UND GESUNDHEITLICHES BEFINDEN

Die Aufarbeitung von Daten zum geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Befinden einerseits, zum geschlechtsspezifischen Medikamentenkonsum andererseits ließ den engen Zusammenhang zwischen beiden deutlich werden, der zu interpretieren ist im Rückgriff auf ein beide Phänomene steuerndes geschlechtsspezifisch ausdifferenziertes Gesundheitskonzept. In der Pubertät schneiden sich die Entwicklungslinien von Mädchen und Jungen in den beiden genannten Bereichen und entwickeln sich in gegensinniger Richtung auseinander: Bis zu einem Alter von 12 bis 15 Jahren gelten Jungen bezogen auf ihren Gesundheitszustand als problematischer, sie sind häufiger von Krankheiten betroffen, ihre Mortalitätsrate ist höher etc. - und sie bekommen mehr Psychopharmaka verschrieben als Mädchen. Ab 15 Jahre lösen Mädchen Jungen in der Rolle der Problemgruppe ab: Von diesem Alter an klagen sie vermehrt über bzw. leiden vermehrt an verschiedenen, vor allem psychosomatischen Krankheiten und greifen auch häufiger zu Psychopharmaka, vor allem Schmerzmitteln. Eine wesentliche Rolle bei der Ausbildung des Medikamentenkonsums und der Affinität gegenüber psychosomatischen Störungen spielt die Mutter in dem Sinn, daß die Tochter in einem gleichgeschlechtlichen Orientierungsprozeß ein spezifisches Gesundheitskonzept von ihr übernimmt. Die Gleichaltrigen dagegen spielen bei der Herausbildung des Verhaltens keine Rolle.

Bei dem Bezug von psychosomatischen Störungen und Medikamentenkonsum zu Mädchenspezifischen Entwicklungsprozessen stoßen wir als erstes auf ein negatives Bestimmungsmoment: Das Fehlen eines Zusammenhangs mit Wertorientierungen wie Jugendzentrismus einerseits, die Irrelevanz der Bezugsgruppe Gleichaltriger andererseits. Auch schimmert hinter jenen Befindlichkeitsstörungen, die mit dem Erleben der Menstruation verbunden sind - und die ihrerseits zum Schmerzmittelkonsum führen - ein negatives Verhältnis zu Sexualität durch. Damit fehlen jene Indikatoren, die für eine abgrenzende und rebellische Ablösung standen, wie wir sie am Beispiel des Rauchen von Zigaretten und des Konsums illegaler 'weicher' Drogen fanden. Das Fehlen dieser Indikatoren darf im Vergleich der verschiedenen Verhaltensmuster nicht überinterpretiert werden, denn das Rauchen von Zigaretten und der Konsum illegaler Drogen besitzen einen ungleich 'öffentlicheren' Charakter und eignen sich somit in

einem ganz anderen Maß als der Medikamentenkonsum zum demonstrativen Einsatz. Medikamente sind privater und intimer, Bewährungsfeld und Orientierungspunkt ist statt der Gruppe Gleichaltriger der eigene Körper. Im gleichen Zug erscheint das Verhalten - Medikamentenkonsum wie Psychosomatik - individueller.

Ausgangspunkt unserer Rekonstruktion des Mädchenverhaltens ist der Schnittpunkt der Entwicklungslinien beim Medikamentenkonsum und bei der Affinität gegenüber psychosomatischen Störungen bei Jungen und Mädchen in der Pubertät. Dabei geht es zunächst um eine Spezifizierung der gesundheitlichen Probleme, die kleine Jungen und adoleszente Mädchen haben, sowie um die Reaktion der Eltern/des Arztes als primäre 'Gesundheitsversorger' und 'Medikamentenverabreicher' darauf.

Zu diesen gesundheitlichen Beschwerden gehören bekanntermaßen nicht nur die klassischen Krankheitszeichen, sondern auch auffälliges Verhalten: Ein wesentlicher Teil von Diagnosen im Kindes- und Jugendalter enthält Verhaltensumschreibungen, die nach Meinung des Arztes als Verhaltensabweichungen zu verstehen sind. Die Medikalisierung des abweichenden Verhaltens erklärt einen weiten Bereich des Medikamentenkonsums. Das vor allem Jungen zwischen 3 und 15 Jahren betreffende Verhaltenssyndrom ist die Hyperkinese, worunter motorische Unruhe, Lernstörungen, Konzentrationschwierigkeiten zusammengefaßt werden. In diesem Alter gelten Mädchen als angepaßter und weniger stör anfällig. Während die Diagnosen des hyperkinetischen Syndroms bei Jungen ab der Pubertät kaum noch vorkommen, häufen sich die Klagen von Mädchen über Depressivität, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl in diesem Altersabschnitt.

Die Reaktion der Umwelt auf die Hyperkinese des kleinen Jungen und auf die Klagen über psychosomatische Symptome des pubertären oder adoleszenten Mädchens besteht in der Regel

in der Verabreichung von Medikamenten. Dabei zeigt die Studie der BZGA (1982, Teilband Medikamente), daß die Bereitschaft der Eltern, Medikamenten zu verabreichen, sehr hoch ist: 36% der Eltern würden im Fall von Schulschwierigkeiten ihren Kindern Psychopharmaka geben (BZGA 1982, vgl. FESER/ECKERT 1985). Nach SCHMIDTBAUER/SCHEIDT (1981) bekamen 75% der Jugendlichen die Medikamente von den Eltern verabreicht, bei Medikamenten ohne Verordnung beträgt der Prozentsatz etwa 40% (FESER/ECKERT 1985).

Ebenso wichtig wie der Zugang zu Medikamenten über die Eltern im Rahmen familiärer Selbstmedikation (aufgrund der Krankenpflegekompetenzen der Mutter) ist der Zugang zu Medikamenten über den Arzt. Es besteht auch beim Arzt eine hohe Bereitschaft, die vorgestellten jugendlichen Patienten mit Hilfe von Medikamenten zu "therapieren" bzw. Symptome zu verdecken: Nach Daten von VOGT endeten 91% aller Arztbesuche - egal, welche Beschwerde vorgebracht wurde - mit einer Verschreibung. Eine Hamburger Untersuchung von 1979 (DITTMANN et al. 1981) stellte fest, daß in einer allgemeinärztlichen Praxis 35%, in einer kinderärztlichen Praxis 38% der Kinder mit Psychopharmaka behandelt wurden.

Im Zusammenhang mit diesen Daten wird explizit auf das erwähnte jungenspezifische Syndrom der Hyperkinese und der Leistungsschwäche in der Schule eingegangen; die indizierte Therapie besteht in der Regel in der Verabreichung von Stimulanzien bzw. Beruhigungsmitteln. Von verschiedenen Autoren wird die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie als primärer Therapieform in Frage gestellt und das Verschreibungsverhalten (im Zusammenspiel ärztlichen, erzieherischen und elterlichen Verhaltens) als "pharmakologische Pädagogik" (VOSS 1983) kritisiert, die nur das Ziel verfolge, kindliches Verhalten zur Anpassung zu bringen, ohne daß nach gesellschaftlichen Ursachen und Problematiken zu fragen ist.

Vernachlässigt wird in den meisten Untersuchungen hingegen der mädchenspezifische Zusammenhang zwischen Menstruationsschmerzen und Schmerzmittelkonsum (erwähnt bei BMJFG 1983, 82; ausführlich diskutiert bei VOGT 1985). VOGT stellte heraus, daß Schmerzmittelkonsum bei menstruationssschmerzen üblich ist, und je stärker Mädchen über solche Schmerzen klagen, desto eher nehmen sie Psychopharmaka (inclusive Schmerzmittel). Zwei Drittel der Mütter die Einnahme von Schmerzmitteln während der Menstruation für gerechtfertigt halten. Diese Bereitschaft, den Psychopharmaka- bzw. Schmerzmittelkonsum zu gestatten oder zu fördern wirkt sich auf den Konsum aus: je entschiedener Mütter dieser Meinung waren, desto eher berichtet die Tochter auch über den Konsum von verschiedenen Arten von psychoaktiven Medikamenten (VOGT 1985, 177).

Obwohl sich der Medikamentenkonsum der Mädchen gerade bezogen auf die unterschiedliche Höhe des Schmerzmittelkonsums am deutlichsten von dem der Jungen abhebt, beruht der Unterschied der Konsummuster doch auf mehr als auf diesem Faktum; die allgemeine Verschreibung von Psychopharmaka an Mädchen unter Berücksichtigung der allgemeinen Befindlichkeit sind in Aussagen mit einzubeziehen.

In der Analyse des Gesundheitszustandes wurde beschrieben, wie sich Mädchen sukzessive einen Umgang mit Gesundheit (im Zuge der Geschlechtsrollenübernahme) aneignen, der durch das Kürzel "Frauensyndrom" (vgl die ausführliche Diskussion bei VOGT 1985, 91ff) gekennzeichnet ist. Sie deuten ihre Leiden als psychosomatische und klagen vornehmlich über Störungen aus dem psycho-vegetativen Symptomkreis. Sie gestehen sich einerseits "Wehleidigkeit" bzw. "Klagsamkeit" zu, beharren andererseits auf ihrer Leidensfähigkeit. Sie akzeptieren den Konsum von Medikamenten zur Veränderung der negativen Befindlichkeit - und bekommen vom Arzt zur 'Therapie' oder 'Sedierung' Psychopharmaka verschrieben, denn in dem Maße,

in dem diese Übernahme des Gesundheitskonzeptes vollzogen wird und in dem die Leiden der Mädchen dem "Frauensyndrom" entsprechen, treffen all jene Faktoren für die Interaktion zwischen Arzt und Mädchen zu, die generell für den Medikamentenkonsum von Frauen bedeutsam sind: Dies sind unter anderem Verständigungsschwierigkeiten zwischen Arzt und Frau, die in der Diskrepanz zwischen dem naturwissenschaftlichen, organfixierten somatischen Kriterienkatalog auf Seiten des Arztes und dem zur Schau stellen von Gefühlen auf Seiten der Frau bestehen, sowie in der Funktion sozialer Kontrolle, die durch den Arzt via Medikamentenverabreichung über die "weibliche Schwäche" ausgeübt werden kann. (Die "pharmakologische Pädagogik" setzt also bei Frauen biographisch später, dafür aber grundsätzlicher an.)

Ein dritter, sogar ausschließlich für Mädchen relevanter Bereich der Medikation - neben Menstruation und Frauensyndrom - ist in den Untersuchungen vollständig vernachlässigt: Der Bereich der Verhütung bzw. die Verschreibung von Ovulationshemmern. Ein weiterer Beleg dafür ist, in welchem Maße weibliche Sexualität und alles, was damit zusammenhängt, ausgespart wird.

In der Regel wird der gesamte 'intime' Bereich Menstruation, Fruchtbarkeit, Sexualität ausgeblendet (in der Tat ist auch fraglich, wie diese Themen in einer männerdominierten Jugendgesundheitsforschung erhoben werden könnten). Das führt zu deutlichen Fehlinterpretationen: Die psychosomatischen Klagen, denen REUTER/HÖCHER (1977) Krankheitsstatus zusprechen (a.a.O., 59 ; vgl. Tab. 10), erweisen sich als identisch mit der Liste der "am häufigsten geäußerten Menstruationsbeschwerden" von GUTEZEIT (1983, 48): Schmerz, z.B. Kopfschmerzen und Rückenschmerzen, Konzentrations-schwierigkeiten, verminderte Schul- und Arbeitsleistungen, Schwindelanfälle und Hitzewallungen, Gewichtszunahme, Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen, Aufregung, das Gefühl zu ersticken und Herzklopfen. Eine andere Möglichkeit, an

weiblichen Problemlagen vorbeizugehen, ist die Verkürzung der Bedeutung von Körperveränderungen auf eine rein biologische Dimension. Das Schmerzempfinden wird - sofern überhaupt berücksichtigt - als rein physiologisches Ereignis gedeutet. Nach REUTER/HÖCHER (1977) geht die besonder AnfälligkeIt von Mädchen für somatische und psychosomatische Beschwerden im Alter ab 14 Jahren zu Lasten von allgemein die Jugendphase kennzeichnenden Desorganisationserscheinungen im psychosozialen Erleben und von Disproportionalitäten im somatischen Bereich. Die Disproportionalitäten zwischen Längen- und Kräftewachstum betreffen wesentlich stärker weibliche Jugendliche (a.a.O., 60ff).

Die Ausklammerung weiblicher Sexualität läßt den zentralen Aspekt weiblicher Entwicklungsgeschehen außer acht; in unserer Betrachtung kommt der Sexualität und der Menarche eine entscheidende Bedeutung zu. Zunächst sei aber noch einmal die unterschiedliche Situation von Jungen und Mädchen in der Kindheit - bezogen auf Gesundheit und Medikamentenkonsum - aufgegriffen: In der Verteilung der Störungen läßt sich unschwer die Wirksamkeit der geschlechtsspezifischen Ablösungsmodi nachzeichnen: Während für Jungen das Problem (aggressiver) Abgrenzung und das Ausagieren in motorischer Unruhe in frühem Alter virulent sind, gelten Mädchen in dem entsprechenden Alter als "vernünftig"; sie beherrschen dialogische und kommunikative Problemlösungsstrategien. Und: in ihrer scheinbar größeren Problemlosigkeit gelten sie als unauffällig.

Die Menarche bewirkt dann einen - mehr oder weniger als plötzlich eintretend empfundenen - Konfrontationsschub. Die Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitsverhalten sind vielschichtig, aber immer bestimmt vom gesellschaftlichen Umgang mit weiblicher Sexualität und der Frauenrolle. Die Menarche zwingt das Mädchen, sich mit Weiblichkeit, Fruchtbarkeit und Sexualität auseinanderzusetzen; sie zwingt zu tiefgreifenden Änderungen des Selbst- und des Körperkon-

zeptes. Damit können unter Umständen tiefgreifende Konflikte geschürt werden (die ihre Gründe z.B. in der negativen Besetzung der als inferior erfahrenen Frauenrolle, in zunehmenden Erziehungsrestriktionen in der Pubertät oder in der Überforderung durch die Entwicklungsbedingungen weiblicher Sexualität haben können). Die Konflikte schlagen sich umso leichter in psychosomatischen Beschwerden nieder, als das Körpererleben vom Erleben der auf Sexualität und Fruchtbarkeit verweisenden Körperveränderungen bestimmt ist (vgl. IV, 6). In Menstruationsbeschwerden drücken sich die entwicklungsbedingten Probleme aus.

Die Menarche bedeutet als Übergang vom Status 'Kind' zum Status 'Frau' ein neues Verhältnis zur Mutter ("Kolluzionschaft über die Teilhabe am selben Schicksal": HELFFERICH 1986, 59). Die Mutter als ebenfalls von dem Problem der Menstruation Betroffene, als für die familiäre Sorge für Kranke Kompetente und als für die Hausapotheke Verantwortliche ist Ansprechpartnerin des Mädchens. Wenn sie Schmerzmittel verabreicht, gibt sie damit an die Tochter ihr Verhältnis zum Körper und zu Sexualität, ihr in einzelnen Ratschlägen geronnenes Deutungssystem von der Bedeutung und Behandlung gesundheitlicher Störungen weiter.

Damit gibt die Mutter ihr Gesundheitskonzept weiter, das beinhaltet, daß Leiden vornehmlich als psychosomatisches erfahren und interpretiert wird, zu dessen Behandlung sich Psychopharmaka anbieten. Dieses Konzept, das weibliches Leiden, weibliches Recht auf und Pflicht zu Klagsamkeit und weibliche Selbstmanipulation definiert, ist gleichzeitig Bestandteil der weiblichen Geschlechtsrolle und verbunden mit einem spezifischen Verhältnis zum eigenen Körper. Der männliche Körper muß dagegen abgehärtet sein; Schmerzen, deren stoisches Ertragen gerade dem Hartmachen dient, mit Medikamenten zu bekämpfen, gilt ebenso wie diffuses, nicht somatisch begründetes Leiden, als Schwäche (eben als "weibisch").

Medikamentenkonsument ist also nicht provokanter Vorgriff auf die Erwachsenenrolle in der Verletzung altersspezifischer Normen, sondern Übernahme der Geschlechtsrolle zum biographisch wesentlichen Zeitpunkt der Menarche als Übergang vom Status 'Kind' zum Status 'Frau'.

Mit Medikamenten körperliche Empfindungen zu manipulieren ist selbst Teil eines Sozialisationsprozesses: Diese Verhaltensmöglichkeit trifft auf ein integrales Körperkonzept, bei dem Körpererleben und andere Erlebnisbereiche nicht zu trennen sind. Eingeübt wird die Manipulation des Körpererlebens (Schmerzen), sowie die Manipulation der biographisch neuen biologischen Potenz, schwanger zu werden. In diesem Zusammenhang stellt die Einnahme von Schmerzmitteln und Ovulationshemmern eine weitreichende Initialerfahrung dar.

Die Bemerkung der sich schneidenden Entwicklungslinien bezogen auf Psychopharmakakonsument und psychosomatische Störungen bei Jungen und Mädchen in der Pubertät bezieht sich auf das quantitative Auftreten der Phänomene. Die unterschiedliche Entwicklung stellt aber keine Verkehrung der Verhältnisse dar, sondern sichert eine geschlechtsspezifische Kontinuität: Jungen gelten im kindlichen Alter als unruhiger, Mädchen als unauffälliger. Indem Mädchen aber ab der Pubertät ihre Konflikte in psychosomatischen Störungen ausdrücken und diese Störungen gleichzeitig mit Psychopharmaka manipulieren, wird gerade die Unauffälligkeit fortgesetzt. Jungen drücken ihre anhaltende, abgrenzende Unruhe in auffälligen Formen "abweichenden Verhaltens" und Genußmittelkonsums aus.

Der Zugriff auf den Körper manipulierende Medikamente ist jenseits dieser Unauffälligkeit Ausdrucksmittel und Bewältigungsversuch von Konflikten gleichzeitig; für psychosomatische Störungen ist dieser Zusammenhang bereits breit diskutiert. Das heißt aber, daß das Verhalten auch expressiv

ist; es ist sozusagen ein unauffällig auffälliges Verhalten. Dabei sind die einzelnen auftretenden Störungen jeweils auf spezifische Probleme und Krisen im Entwicklungsprozeß zu beziehen. Am Beispiel der Anorexia nervosa werden wir den Bezug zu zugrundeliegenden Problematiken herstellen (vgl. V.6); auf andere Störungen können wir im Rahmen dieser Arbeit nicht eingehen.

Der Medikamentenkonsum von Mädchen steht nicht in Zusammenhang mit jenen Indikatoren, die für eine rebellische Ablösung standen (Peer-Group-Orientierung, Jugendzentrismus, frühe sexuelle Erfahrungen); sein Bewährungsfeld ist der eigene Körper. Er ist ebenso wie der Ausdruck von Konflikten in psychosomatischen Reaktionen Teil weiblichen Gesundheitskonzeptes und weiblicher Geschlechtsrolle; es setzt sich damit die äußerliche Unauffälligkeit weiblicher Entwicklung fort. Beginn dieser Entwicklung bei Mädchen ist der Zeitpunkt der Menarche, weil diese das Mädchen zu tiefgreifenden und unter Umständen konflikthafter Veränderungen des Selbst- und Körperkonzeptes zwingt und gleichzeitig die Übernahme der Geschlechtsrolle akut werden läßt. Der Medikamentenkonsum trifft auf ein integrales Körperkonzept, bei dem sich im Körpererleben Beeinträchtigungen in anderen Bereichen ausdrücken, und bietet das Erlernen von Manipulation des Körpererlebens. Der Medikamentenkonsum bietet Mädchen eine geschlechtskonforme Bewältigungsmöglichkeit von Problemen; in ihm setzt sich der mädchenstypische integrale Ablösungsmodus und Körpertopos jenseits rebellisch-öffentlichen Aufbegehrens fort, ohne allerdings notwendigerweise vollständige Anpassung und Verzicht auf Abgrenzung zu implizieren.

6. ERNÄHRUNG UND ESSTÖRUNGEN

6.1 Kollektives Diätverhalten

Das Ernährungsverhalten Jugendlicher bleibt weitgehend ausgespart aus den Überlegungen der Jugendgesundheitsforschung. Aus diesem Grunde liegen wenige epidemiologische Daten vor. Die wenigen Daten ergeben eine größere Relevanz des Ernährungsbereichs für Mädchen: Mädchen haben ein höheres Interesse an Ernährungsfragen und reagieren unter Belastungen stärker mit einem veränderten EBverhalten. EBstörungen wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa kommen fast ausschließlich bei Mädchen vor. Mädchen kontrollieren in wesentlich höherem Maß ihr Gewicht als dies Jungen tun und müssen überwiegend als "kontrollierte Esser" (bzw. latent Adipöse) gelten.

Das Ernährungsverhalten von Mädchen ist beschrieben worden als "kollektives Diätverhalten". Bewährungsfeld ist der Körper; allerdings spielt die Bezugsgruppe Gleichaltriger eine wesentliche Rolle: Nicht als kollektiver Kontext provokant-demonstrativen Ablösungsgebarens, sondern als Instanz, die über Wert und Unwert der eigenen Person befindet. Der Zwang zur Körperpräsentation - und das heißt im Aufgreifen des gesellschaftlichen Frauen-Körper-Ideals: der Zwang zu attraktiver Schlankheit - bezieht seine verpflichtende Verbindlichkeit im wesentlichen aus Selbstwertzweifeln. Körpererleben und Selbstwertgefühl hängen eng zusammen: ein schlechtes subjektives Selbstgefühl drückt sich im Gefühl aus, zu dick zu sein (vgl. IV.5). Das kollektive Diätverhalten begegnet uns - ebenso wie der Medikamentenkonsum - als Mädchenspezifischer Ausdruck und gleichzeitig Bewältigungsversuch dieser Mädchenspezifischen Probleme.

Grundlage ist auch hier wieder das integrale Körperkonzept und das Erscheinen einer Manipulation des Selbstbildes im Diätverhalten als Körpermanipulation. Wie beim Medikamentenkonsum auch fehlt ein provokant-öffentlicher Abgrenzungsmodus - anders als beim Medikamentenkonsum ist die Orientierung an Gleichaltrigen aber verhaltensverursachend. Dies

läßt sich dahingehend interpretieren, daß auch der Orientierungsprozeß unter Jugendlichen Geschlechtsrollenverhalten tradiert und damit Mädchen den Zwang zur Körperpräsentation und -inzenierung auferlegt. Oder anders formuliert: In der Orientierung an Gleichaltrigen liegt ein potentiell abgrenzendes rebellisches Moment, das aber dadurch, daß auch diese Orientierung an Peers Mädchen inhaltlich auf die weibliche Rolle festlegt, die Rebellion auf mädchenstpezifische Anpassung zurechtrückt.

Mit dem Körper haben Mädchen aber auch einen Bereich von Selbststilisierung, auf dem sie expressiv agieren können und der Jungen so nicht zur Verfügung steht: Schauplatz ist der eigene Körper, Adressat soziale Bezugspersonen. Der Körper-einsatz bzw. die Körpermanipulation kann über das kollektive Diätverhalten hinaus in verschiedenem Sinn funktional auf mädchenstpezifische Entwicklungsprozesse bezogen werden; die verschiedenen Möglichkeiten, Ernährungsverhalten im Dienste von Entwicklungsaufgaben zu steuern und ihre jeweilige Funktionalität lassen sich - aufgrund der eingeschränkten Datenlage im Bereich "normaler" Ernährung - an den extremen Verhaltensausrägungen der ESstörungen diskutieren, wobei Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas drei gegensätzliche Strategien der Körpermanipulation darstellen.

6.2 Anorexia nervosa

Bereits das Arrangement der Bewährungsfelder - Irrelevanz der Orientierung an Gleichaltrigen als konkreter Handlungsbezug in kollektiver Praxis; überdeutliche Bindung an die Eltern; Ort des Konfliktes und gleichzeitig Ort des Bewältigungsversuchs ist der Körper - zeigt die Abwesenheit der aggressiven Abgrenzung und öffentlichen Rebellion. Damit verändert sich die Struktur der Erklärung für dieses Verhalten: der jugendsoziologisch-subkulturelle Ansatz findet keinen Ansatzpunkt.

Wir stellen im folgenden die Diskussion zur Genese der Anorexia nervosa ausführlich dar, weil in der Erklärung dieses mädchen- und jugendspezifischen Phänomens ein spezifischer Ablösungsmodus deutlich wird. Wir beziehen uns in dem Feld unverbunden nebeneinanderstehender oder konkurrierend diskutierter Ansätze auf jene integrativen Konzepte, die die besondere Bedeutung pubertäts- und Mädchenspezifischer Probleme hervorheben.

Dabei unterscheidet sich der Stellenwert, der diesen Problemen für die Krankheitsentstehung eingeräumt wird: Für MEYER/FELDMANN (1965) haben sie eine derart zentrale Bedeutung, daß die Anorexia nervosa erklärt wird als Ergebnis einer unbewältigten Reifungskrise, die nach ungestörter Kindheitsentwicklung und ohne auslösende Traumata auftreten kann. Nach GUTEZEIT (1981) machen die aktuellen Konflikte, die durch die Pubertät herausbeschworene Identitätsproblematik und aktualisierte konflikтуöse Familienstrukturen den psycho-sozialen Streß aus, der, wenn er auf die entsprechende Krankheitsbereitschaft trifft (Konstitution, körperlich-sexuelle Reifung, prämorbid Persönlichkeit), anorektisches Verhalten initiieren kann. SCHÜTZE (1980) sieht als die drei Entstehungsfelder die Familie, die prämorbid Persönlichkeit und die phasenspezifischen Probleme an (a.a.O., 21).

Bei den psychodynamischen Entstehungsbedingungen der Anorexia nervosa spielt die "anorektogenen Mutter" (vgl. S. 85) eine besondere Rolle. Durch ihre Überfürsorglichkeit erschwert sie bei ihrem Kind die Entwicklung der Kompetenz, eigene Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen und behindert die Entwicklung von Selbstbestimmung. Indem die Mutter stets die Gefühle des Kindes optimistisch interpretiert und Mißstimmungen leugnet, entlegitimiert sie das Kind in der Zuständigkeit für seine eigenen physischen und psychischen Empfindungen und macht es unfähig, ein differenziertes Körperschema und Körperkontrolle, Kompetenzgefühl und Autonomie zu entwickeln⁷⁾. Damit ist genau die zuge-spitzte Form mädchen-spezifischer Ablösung beschrieben: Das Mädchen lernt nicht, sich abzugrenzen, die geschlechts-spezifische enge der Mutter-Tochter-Beziehung wird zur vollständigen Bindung und trägt pathologische Züge. (Die Beziehung zum Vater ist entweder sehr schwach ausgeprägt oder trägt stark ödipale Züge; GUTEZEIT 1983, 80).

Die Veränderungen der Pubertät, die das Problem weiblicher Sexualität zentral beinhalten, sind nicht nur für das Mädchen problematisch, sondern für das gesamte System "Familie"; die anorektogene Familie fürchtet in besonderem Maß die psychosexuelle Reife des Mädchens, weil sie offensichtlich mit den damit zusammenhängenden Veränderungen nicht umgehen kann. Als klassische Herkunftsfamilie der Anorektikerin gilt die leistungs-, besitz- und erfolgsorientierte Mittel-/Oberschichtfamilie, die unter einer heilen Fassade gravierende Konflikte zu verbergen bemüht ist. Zur Konfliktunterdrückung und -verdrängung entwickeln sich besondere Techniken: die Verschwörung zu gegenseitiger Opferbereitschaft (gegenseitige Überprotektivität und Verpflichtung auf gegenseitiges Schützen) bei gleichzeitiger, mangelhafter Abgrenzung gegeneinander. Weitere Merkmale sind die Abschottung der Anorexie-Familie gegenüber Neuerungen (innerhalb wie außerhalb des Familiensystems) und die

Unfähigkeit, interne Regeln und Umgangsformen zu ändern. Es herrschen rigide Glaubensvorstellungen anstatt flexibler Konfliktlösungstechniken und eine Familienideologie, die in Gut und Böse spaltet. Angesichts der in solchen Familien häufig herrschenden asketischen Wertorientierungen und einer bigotten Einstellung zu Sexualität und Lust und angesichts der Tatsache, daß die Vorgeschichte anorektischer Mädchen häufig einen Mangel an sexueller Aufklärung erkennen läßt, stellt vor allem die Entwicklung der weiblichen sexuellen Identität der Tochter das größte Bedrohungspotential für die Familie dar. Weder werden dem Mädchen Möglichkeiten der Abgrenzung und Distanzierung gegeben, eigene Orientierungen zu entwickeln (etwa im Bezug zu Gleichaltrigen), noch eigene Erfahrungen zu machen.

Das Bild der kindlichen Persönlichkeit in der Anamnese der Anorektikerin überspitzt die Merkmale weiblicher Sozialisation zur Karikatur: Die Anorektikerin gilt als "Musterkind", das durch die Übernahme elterlichen Verhaltens als Modell zu "striktter Moralität" und "perfekter Normalität" gelangt (SCHÜTZE 1980, 15). Ihre prämorbidie Persönlichkeit wird beschrieben durch eine passive, unterwürfige und überangepasste Haltung. Sie zeigt ängstliche Verunsicherung bei "unüberschaubaren" oder neuen Verhältnissen und kompensiert durch Überanpassung, rigide und zwanghafte Eigensteuerung und kontrollierend unterdrückte Emotionalität (a.a.O., 51). Vor/während der Erkrankung gilt sie als leistungsehrgeizig, überdurchschnittlich begabt und versehen mit Ausdauer und einem oft zwanghaften Streben nach Perfektion bei den einzelnen Tätigkeiten. Gleichzeitig leidet sie unter Versagensängsten, geringer Streßbelastbarkeit, depressiven Verstimmungen und dem Gefühl, dumm zu sein. Aus den Ergebnissen verschiedener psychodiagnostischer Tests las GUTEZEIT (1981) zudem folgende Charakterzüge heraus: Ich-Schwäche in Verbindung mit nicht genügendem Einstehen für eigene Interessen, Unterordnung, Kompromißbereitschaft, Hindernisbagatellisierung, Freisprechen anderer von Schuld (altruistische Haltung-

gen; GUTEZEIT 1981, 189).

Introvertiertheit und hohe Elternabhängigkeit spiegeln sich in dem sozialen Rückzug aus den Kontakten mit Gleichaltrigen. Zwar besteht ein Interesse an solchen Kontakten, aber aufgrund der "Scheu und Irritierbarkeit" fällt die Realisierung schwer.

Auch der soziale Rückzug läßt sich in einen Zusammenhang mit dem Problem der Entwicklung und Integration einer sexuellen weiblichen Identität stellen: Bei Anorektikerinnen wurde sehr häufig eine starke sexuelle Gehemmtheit festgestellt. Die so gehemmten Mädchen können - vor dem Hintergrund der allgemeinen Vorverlegung sexueller Aktivitäten im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung der letzten Jahrzehnte - unter den Druck Gleichaltriger geraten, nicht "normal" zu sein. Der Druck, Sexualität leben bzw. zeigen zu müssen, ist im Dilemma kontrastiert mit dem von den Eltern übernommenen Tabu weiblicher (jugendlicher/vorehelicher) Sexualität (vgl. HELFFERICH 1986).

Die Isolierung von den Gleichaltrigen und der Rückzug auf die Familie verstärken sich gegenseitig mit dem Effekt, daß bestimmte, im Zusammensein mit Peers entwickelte Kompensationen, Verhaltenseinübungen, Bewältigungs- und Konfliktlösungstechniken sukzessive gänzlich wegfallen. Die hohe Elternabhängigkeit, das Festhalten an Werten und Überzeugungen aus der Kindheit, sowie die fehlende Integration in die Jugendkultur Gleichaltriger andererseits wurden als "Verpassen der Phase der Auflehnung" bezeichnet (MEESE/WIGBERT 1978, 125). In der Entwicklung der Anorektikerin fehlen alle Indikatoren rebellischer Verselbständigung und Neuorientierung.

Mit dieser Skizze sind die ungünstigen und sich wechselseitig verstärkenden Ausgangsvoraussetzungen für die Bewälti-

gung Mädchenspezifischer Entwicklungsaufgaben benannt; dabei ist es eine analytische Frage, ob Motor der Entwicklung die spezifische Mutter-Tochter-Beziehung, das familiäre Interaktionsgefüge oder die überangepasste Persönlichkeitsstruktur ist: Prekär ist in jedem Fall die mißlingende Ablösung, die behinderte Entwicklung von Selbstbestimmung, die fehlgelaufene Entwicklung einer Kontrollkompetenz gegenüber dem Körper, sowie Ausbildung und Integration der sexuellen Identität.

Die besondere Bedeutung der Entwicklungsaufgabe "sexuelle Identität" zeigt sich darin, daß anorektische Mädchen häufig einen besonderen Ekel und Abscheu vor der Menstruation zeigen. Sexualität erscheint ihnen bedrohlich; sie vermeiden jeden sexuellen Kontakt (SCHÜTZE 1980, 21). Von MEYER/FELDMANN (1965) wird in diesem Zusammenhang der Versuch, über das Hungern eine Kontrolle über den Körper auszuüben gewertet als Versuch, Kontrolle über die sexuellen Ängste zu bekommen - hier steht also wieder Körpermanipulation für die Manipulation der (sexuellen) Identität. Das Bedrohliche an der Sexualität kann aus verschiedenen Quellen gespeist sein; ein Aspekt kann für die Tochter darin liegen, daß sich im Zuge der Entwicklung der sexuellen Identität die Beziehung zur Mutter verändern muß im Sinne einer Ablösung; die (ödpale) Beziehung zum Vater muß sich ebenfalls wandeln. Das Hungern kann als "Beharren auf dem Kindsein" interpretiert werden, also als Versuch (der durchaus von allen Beteiligten, Eltern wie Tochter, geteilt wird), an dem (vorgeblich asexuellen) Kindheits-Status Quo festzuhalten und die mit den veränderten Beziehungen zusammenhängende Konflikte zu vermeiden. Die Veränderung des Körpers hat also den Sinn, "Reinheit" durch Asexualität auszudrücken. Wenn z.B. die Entwicklung der Brust gefürchtet wird, dann deshalb, weil von ihr eine besondere "sexuelle Signalwirkung" ausgeht.

Das Streben nach knabenhafter Schlankheit, wie es Anorektikerinnen an den Tag legen, wurde verschiedentlich interpretiert als Ausdruck einer Ablehnung der Frauenrolle. Nach SCHÜTZE (1980) läßt sich die brave Überangepaßtheit aber gut in das gesellschaftlich bedingte epochale Ideal von Weiblichkeit einfügen (a.a.O., 66). Demzufolge ist zu differenzieren: Nicht die Frauenrolle insgesamt, sondern vor allem der sexuelle Aspekt der Frauenrolle wird abgelehnt. Nach BABA (1976, zitiert nach SCHÜTZE 1980, 20) stellt die Anorexia nervosa nicht die Ablehnung der neuen Rolle dar, sondern die Unfähigkeit zu ihrer Übernahme und die Unfähigkeit in einem sexuell funktionierenden Körper leben zu können. Und selbst die Unfähigkeit bedient sich eines "weiblichen" Musters, um sich auszudrücken: durch Überanpassung abweichendes Verhalten, individuell statt kollektiv, auf den eigenen Körper gerichtet. Somit wäre es eine Idealisierung, Anorexia nervosa als Ablehnung der Frauenrolle zu interpretieren; genauer handelt es sich um die Übernahme in der Frauenrolle angelegter Konflikte, die innerhalb der Frauenrolle ausgetragen werden.

Eine besondere Verletzlichkeit und Unsicherheit, die auf das Ausmaß der Ambivalenzen im weiblichen Entwicklungszusammenhang zurückführbar ist, veranlaßt Mädchen ein Handlungsmuster von Gefälligkeit, Selbstdemütigung und Abhängigkeit herauszubilden, um negative Reaktionen zu vermeiden. Dadurch wird die Wahl des Konfliktfeldes bestimmt: Zum einen kann die Anorexia als Versuch gewertet werden, die Beschädigungen über ein "struggle for effectiveness" (BRUCH 1973), über die sich verselbständigende Optimierung des eigenen Körpers als schlank und somit sozial anerkannt oder über die Illusion eines Kontrollgefühls zumindest über den eigenen Körper aufzufangen. Zugleich bieten sich kaum andere Felder zur Konfliktlösung an: "Das von Eltern unselbständig erzogene Kind muß vor der Entwicklung eigenständiger moralischer Gesichtspunkte, die u.U. zu einer Konfrontation mit den Eltern führen könnten, zurückschrecken. Es bleibt

das Ausweichen aus der Kontrolle der Eltern und vor allem der Mutter auf Teilgebieten. Für Mädchen scheint eines dieser Teilgebiete das Essen zu sein. Hier kann der Konflikt im scheinbar begrenzten Feld ausagiert werden, wobei durch Artigkeitshaltungen, gute Leistungen in der Schule und enge Bindung den Eltern gleichzeitig signalisiert wird, was für ein braves Kind sie haben." (GUTEZEIT 1983, 53).

Es ist allerdings die Frage, ob die Probleme allein im Bereich der weiblichen Sexualität liegen, oder ob nicht dem weiblichen Körper - und der Bedeutung des Hungerns als Kontrolle über den Körper - noch eine spezifische Bedeutung darüberhinaus zukommt. So präzisiert SCHÜTZE (1980) z.B., daß sich die Anorexia nervosa aus dem Problem der pubertären Körperentwicklung von Mädchen herleitet; die besondere zwangsneurotische Komponente dagegen steht im Zusammenhang allgemein mit der Entwicklung von Sexualität und der Ablösungsproblematik (a.a.O., 76). Er unterscheidet im folgenden (a.a.O., 85ff) die Pubertätsmagersucht, bei der der phasenspezifische Zentralkonflikt aus der körperlich-sexuellen Umstrukturierung wie Entwicklung der Brust, dem Auftreten der Periodenblutung und der Veränderung des Körperbildes bzw. aus der davon ausgehenden Bedrohung der Ich-Identität und des Interaktionsfeldes des Mädchens resultiert. Die die Postpubertätsmagersucht kennzeichnenden Konflikte sind dagegen die Integration der Sexualität in die eigene Persönlichkeit und die Ablösungs- und Verselbständigungsprozesse.

Im Bild der Anorektikerin erscheinen in zugespitzter Form allgemeine Probleme von Mädchen; auch die Form von Bewältigung ist geschlechtsrollenkonform verträglich mit dem Ideal der Weiblichkeit. Jene Verzerrungen der Körperwahrnehmung, wie sie für Anorektikerinnen typisch sind (sie finden sich auch bei skelettartigem Aussehen noch zu dick und haben eine phobische Angst vor Gewichtszunahme), finden sich ebenfalls bei "gesunden" Mädchen.

Die Anorexia nervosa stellt sich als Zerrbild des weiblichen Ablösungsmodus dar: Die an Anorexia erkrankten Mädchen scheitern nach - typischerweise - unauffälliger Kindheit bei der Bewältigung jener Veränderungen, die die Pubertät mit sich bringt: bei der Akzeptanz des sich verändernden Körpers und bei der Entwicklung einer Identität als sexueller Frau im Zusammenhang mit der Ablösung von den Eltern. Dieses Scheitern spielt sich vor dem Hintergrund einer Familienstruktur ab, die ebenfalls mit den Veränderungen nicht umgehen kann. Die Tatsache, daß offensive Konfliktaustragungsmöglichkeiten in der Familie ebensowenig entwickelt sind wie (auch aggressive) Abgrenzungsmöglichkeiten der Tochter als eigene Person, läßt offensive Ablösungs- und Neuorientierungsversuche nicht zu. Der Bereich des Essens bzw. der Essensverweigerung wird zum einzig möglichen Schauplatz verweigerter, weil unmöglicher Bewältigung der Entwicklungsaufgaben. Die Reaktion auf die Probleme bleibt selbst noch im rollenkonformen Modus der Körpermanipulation.

6.3 Bulimia nervosa

Bei der Bulimia nervosa handelt es sich wie bei der Anorexia nervosa um ein Phänomen, daß vornehmlich junge Frauen betrifft (auch wenn die Altersgrenze der Ersterkrankung mit 35 Jahren höher liegt als bei der Anorexia und somit das Erkrankungsgeschehen weniger eng an die Pubertätsproblematik geknüpft ist). Es bildet sich in pervertierter Form ein Aspekt des weiblichen Ablösungsmodus heraus in der fehlenden Abgrenzbarkeit von Empfindungen und ihrer Koppelung an Körpererleben wie Nahrungsaufnahme. Dieser Modus setzt sich über die spezifische pubertäre/adoleszente Problematik als genereller Zug von Problembewältigung fort. Das grundlegende Defizit besteht auf der Ebene erlernter Problemlösungen: Das Kind verliert darüber, daß auf das Signalisieren von Unwohlsein immer mit der Verabreichung von Nahrung geantwortet wurde, das Vermögen, seine Körperempfindungen wie Unwohlsein, Hunger, Ärger, Streß etc. bzw. die zunehmende Sättigung zu erkennen oder differenziert zu interpretieren, denn alle internen Stimuli verlangen unterschiedslos Nahrungszufuhr. Das Reiz-Reaktions-Muster "Unwohlsein-Nahrung" verselbständigt sich zur Problemlösung, bei der Mißstimmungen jeder Art (also auch andere als Hunger, z.B. Verlassenheitsgefühle) überdeckt werden. Essen wird gleichzeitig als Trost, Belohnung etc. erfahren und als "Universalheilmittel" eingesetzt. Entsprechend zeigt sich eine eingeschränkte Fähigkeit der Selbstkontrolle und defizitäre Problemlösungsstrategien.

Das bulimische Verhalten verstärkt sich im weiteren Verlauf zunehmend selbst: Meist folgt eine erste Fastenkur einer ersten Freßorgie, die Fastenkur wird ihrerseits mit einer weiteren Freßorgie durchbrochen. Das Erbrechen wird meist erst später als Remedium "entdeckt"; es fungiert als "back-up"-Methode, die den Zwang zum (unkontrollierten) Essen mit der Angst vor der Gewichtszunahme vereinbaren hilft. Vor den Heißhungerattacken beschreiben sich die

Frauen als "ruhelos", "einsam" oder "minderwertig"; nach der Attacke fühlen sie sich depressiv und hassen sich selbst. Diese negative Selbstwahrnehmung motiviert zu weiterer Nahrungsrestriktion und gleichzeitig zum erneuten Essen als Mittel der Spannungsreduktion. Die Überzeugung, zu einem normalen EBverhalten nicht mehr fähig zu sein wird durch die mangelnde Selbstkontrollfähigkeit stets neu bewiesen; der "Teufelskreis zwischen Heißhungerattacken und Erbrechen" schließt sich.

Bedingt durch die ständige Nahrungsrestriktion wird fast ausschließlich ans Essen gedacht, das dadurch eine so eminente Bedeutung bekommt, daß sich alles nur noch ums Essen dreht und soziale Isolation unvermeidliche Folge ist. Damit geht ein möglicher Zugang zu anderen, kollektiven und rebellischen Ansätzen von Problembewältigung verloren.

Die unzureichende Fähigkeit, Probleme zu meistern - bzw. wie wir für die in Frage stehende Altersgruppe spezifiziert haben: Entwicklungsaufgaben zu bewältigen - tritt in Krisensituationen besonders deutlich zutage. Bulimia tritt häufig das erste Mal im Zusammenhang mit Trennungssituationen auf (CHARITANTIS 1985), häufig ist die initiale Fastenkur/Freßorgie ausgelöst durch eine tatsächliche oder vermutete Zurückweisung durch einen Mann (BOSKIND-LODAHL 1985). Angesichts der besonderen pubertären Verletzbarkeit des Selbstwertgefühls sind die Betroffenen nicht in der Lage, kränkende Abweisungen, Trennungen oder andere Veränderungen der Lebensumstände auszuhalten. Der Status, schlank und schön zu sein als frauenspezifisches Ideal verspricht eine gewisse Sicherheit und den Schutz von Überlegenheit. Eine Verunsicherung läßt also einerseits den Impuls aufkommen, kompensatorisch zu essen; und andererseits den Wunsch, möglichst schlank und damit attraktiv und begehrenswert zu werden, um weitere Zurückweisungen zu vermeiden. Die Kontrolle des unbändigen EBverlangens ist umso wichtiger, als bulimische Frauen eine ausgeprägte Angst zu versagen

zeigen (BOSKIND-LODHAL 1985) und diese Angst die Dringlichkeit, sich dem Idealbild der Frau anzunähern, zuspitzt.

Die Frauenrolle wird nicht abgelehnt, sondern ausgefüllt. Das Problem der Bulimie-Kranken besteht darin, "...daß sie sich zu stark mit dem identifizieren, was sie als die eigentliche weibliche Rolle ansehen. Sie weisen ihre Weiblichkeit nicht zurück, sie werden zum Zerrbild dieser Weiblichkeit." (BOSKIND-LODHAL 1985, 92). Das Motiv der Anpassung läßt das Verhalten nach außen unauffällig erscheinen (es wird ein normales Gewicht gehalten), das Verhältnis zum eigenen Körper erscheint aber als pervertiertes.

Der weibliche Ablösungsmodus spitzt sich in frühen Lernprozessen zum Problem (abgrenzender) Körperkontrolle zu; gleichzeitig wird Körpermanipulation (als Nahrungsaufnahme-/ausscheidungs und Gewichts und damit Selbstbildmanipulation) als vorherrschende und sich selbst verstärkende Bewältigungsstrategie im Verhaltensrepertoire verankert. Der Rückzug aus sozialen Bezügen zu Gleichaltrigen fokussiert die Bewältigungsproblematik noch stärker auf den Körper. Im Körperbezug und in der mangelnden Abgrenzungsfähigkeit sowie im Primat äußerlicher Unauffälligkeit und der Fixierung auf das Ideal der (schlanken) weiblichen Attraktivität wird weibliche Sozialisation perfektioniert.

6.4 Adipositas

Die Problematik der Adipositas ähnelt in ihrer Genese (bezogen auf die frühen Lernprozesse der Körperkontrolle und Bewältigungsschemata) der Bulimia nervosa - nur fallen die Versuche, das Gewicht und damit den Körper über Erbrechen und Diät unter Kontrolle zu halten, weg. Die Verselbständigung des Bewältigungshandelns "Essen" drückt sich darin aus, daß Kinder - dies gilt nicht für Erwachsene - unter Streß die Nahrungsaufnahme einschränken, übergewichtige Mädchen dagegen mit vermehrtem Essen reagieren (GILDE 1981, 169f). Entsprechend zeigt sich bei Adipösen eine eingeschränkte Fähigkeit, mit Problemen und Belastungen angemessen umzugehen: Sie zeigen in starkem Maß ein "underachievement", entfalten viele adipöse Kinder ihre Intelligenz nicht voll und besuchen eine Schule, deren Niveau unter ihren Fähigkeiten liegt. Sie können vorkommenden alltäglichen Schwierigkeiten oft nicht angemessen begegnen, sind hilflos bei der Entwicklung eigener Lösungen, schätzen ihre Bemühungen eher als aussichtslos ein und weichen alltäglichen Frustrationen lieber aus (GILDE 1981, 171ff).

Ihre Persönlichkeit, die als in überdurchschnittlichem Maß sozial zurückgezogen, aggressions- und durchsetzungsgehemmt, erwachsenenabhängig, sensibel und von Gefühlen der Unterlegenheit, Minderwertigkeit und Unattraktivität gezeichnet wird, weist wiederum auf den spezifischen Ablösungsmodus unter Ermangelung von (auch aggressiver) Abgrenzungsfähigkeit hin.

Z.T. hat es den Anschein, als werde das Dicksein funktional eingesetzt, um soziale Distanz herzustellen und interaktiven Problemen aus dem Weg zu gehen. Damit erscheint wieder ein spezifisches Arrangement der Bewährungsfelder, bei dem die Orientierung an Gleichaltrigen im Sinne rebellischer Kollektivität gegen den isolierten Körperbezug steht. Der Rückzug aus sozialen Bezügen mag erforderlich sein angesichts eines

Mangels an sozialer Kompetenz (DAUB/LEHNING 1985) und Problemen, sich auf sexuelle Kontakte einzulassen (DAUB/LEHNING/MERFERT-DIETE 1985)⁸⁾, das "Dicksein" mag sogar funktional sein, um über den damit verbundenen sozialen Rückzug diese Probleme nicht zum Tragen kommen zu lassen, unter Einberechnung der Stigmatisierungsprozesse. Die Bedeutung der Fremdbeurteilung des eigenen körperlichen Aussehens wächst mit zunehmendem Alter - und damit auch die Bedeutung des Stigmas, dick zu sein. So zeigen adipöse Kinder zeigen im Vorschulalter noch keine Bewegungseinschränkung, ab dem Schulalter schränken vor allem übergewichtige Mädchen ihre körperlichen Aktivitäten (Sport etc.) zunehmend ein - aus Scham über ihren eignen körperlichen Zustand. Abgesehen davon, daß sich damit Gewichtszunahme und Abnahme körperlicher Aktivitäten im Teufelskreis (RUTENFRANZ 1972) bewegen, kann die positive und demonstrative Identifikation mit dem Stigma, dick zu sein, dazu dienen, den verlangten Entwicklungsschritt der Aufnahme (hetero-)sexueller Beziehungen zu verweigern - durch die offensive Distanzierung von der Geschlechtsrolle bzw. dem Ideal weiblicher Attraktivität.

Die Wahl des Ausdrucksmittels "Körper" zeugt von grundsätzlicher Ambivalenz: Der Körper ist einerseits integraler Bestandteil des Selbst, andererseits haben Adipöse - und dies haben sie wiederum mit Bulimischen und anorektischen Mädchen gemeinsam - häufig ein negatives Verhältnis zu ihrem eigenen Körper, der umfassend verachtet und als verunstaltet und häßlich empfunden wird. Das "Fett" wird als nicht zur Person gehörig betrachtet, gehaßt und bekämpft; der Umgang mit dem Körper ist lieblos. Die Konfrontation mit dem eigenen Aussehen, etwa durch den Blick in einen großen Spiegel wird vermieden bzw. erscheint durch die permanente strenge Perjoration verzerrt.

Weibliche Bewältigungsstrategien über Manipulation des Körpers, speziell des Gewichts, erscheinen auch in der Adipositas in zugespitzter Form, dabei ist die Kontrolle des

Körpers im Dienste der Präsentation des schlanken, attraktiven Körpers weniger relevant; das Stigma der "Dicken" wird im Gegenteil zur Herstellung sozialer Distanz und Vermeidung sexueller Konfrontationen in Gleichaltrigenbezügen eingesetzt. Im Einsatz des Körpers zur demonstrativen Abgrenzung finden wir einerseits den Vollzug weiblicher Sozialisation, andererseits - verglichen mit der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa - noch am ehesten ein privatistisch-rebellisches Moment der Verweigerung einer Anpassung an Aspekte eines verlangten Geschlechtsrollenverhaltens.

6.5 Zusammenfassung

Trotz vieler Unterschiedlichkeiten sind alle drei Formen von EBstörungen Varianten weiblicher Ablösungsproblematiken. Das zeigt das spezifische Arrangement der Handlungsfelder: Die hohe Elternabhängigkeit, die eingeschränkte Möglichkeit in der Orientierung an Gleichaltrigen eigene Handlungsentwürfe zu entwickeln und die prominente Bedeutung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. Diese Bedeutung des Körpers liegt vor allem darin, daß - Ausdruck des spezifisch weiblichen Körperkonzepts - seine Manipulation der Manipulation von Selbstwert, von sexuellen Ängsten, von sozialen Bezügen dient. Die über die Entwicklung dieser Strategie hinausgehenden Ressourcen für den Umgang mit Konflikten generell sind beschränkt: geringe Streßbelastung, Kontakt- und Kritikängste und mangelndes Selbstvertrauen kehren als Beschreibungsmerkmale stets wieder. Sie beruhen auf der ungenügenden Entwicklung (aggressiver) Abgrenzungsfähigkeit und gleichzeitig ungenügender Fähigkeit, kommunikative Wege der Konfliktbearbeitung auszuarbeiten.

Diese Beschädigungen stehen nun im krassen Mißverhältnis zu dem besonderen Ausmaß der Probleme, die ihnen ihre Pubertät beschert. Dabei ist zu vermuten, daß ebenfalls im familiären Feld Bedingungen liegen, die die Entwicklungsaufgaben für die Mädchen in einem Maß problematisch werden lassen, das über das gewöhnliche Maß an Schwierigkeiten hinausgeht (belegt vor allem für die Anorexia: die elterliche bigotte Einstellung zu Sexualität erschwert die Integration der sexuellen Komponente in die Identität ungemain). Als die brisantesten Punkte der Entwicklung müssen die körperlichen Veränderungen gelten, die zu fundamentalen Umstrukturierungen des bisherigen Körperbildes und des bisherigen Beziehungsgefüges führen in dem Sinn, daß nun die sexuelle Komponente der Frauenrolle integriert werden muß. Diese Aufgabe überfordert offensichtlich die Mädchen. Gestörtes EBverhalten - unabhängig von der spezifischen Form - ist zu

interpretieren als Versuch, mit diesen Schwierigkeiten biographie-adäquat und den strukturellen Möglichkeiten entsprechend umzugehen: Die Anorexia drückt den Versuch aus, durch Überanpassung und rigide Kontrolle des Körpers das Problem von Sexualität zu eliminieren; das bulimischen Mädchen hat ein pervertiertes Gleichgewicht gefunden zwischen Kontrollverlust, wenn es um die Bewältigung ungueter Gefühle durch Essen geht, und zwanghafter Gewichtskontrolle, um dem Schlankheitsideal der Frau nachzueifern; die Adipöse nutzt die Verletzung dieses Ideals, um vordergründig den Problemen aus dem Weg zu gehen (dabei erkennt auch sie das Primat des Ideal an, sie setzt es nur negativ-funktional ein, indem sie die Wirkung des Stigmas, dem Ideal zuwiderzuhandeln und dick zu werden, strategisch einsetzt).

In allen drei Fällen spielt eine gravierende Rolle, daß das problematische Verhalten den Körper bzw. seine Formen manipuliert: Die Anorektikerin magert ab, die Bulimikerin kontrolliert ihr Gewicht zwanghaft und pendelt Exzesse in beiden Richtungen, Hungern und Fressen, aus; die Adipöse wird dick. Der (ambivalent erwünschte) Zustand des Körpers ist eng gekoppelt an das Empfinden von Wohlbefinden und Selbstwert: Die Kontrolle des Körpers, die das anorektische Mädchen über das Hungern erreicht, wird von ihr als Kontrolle der Situation erlebt. Die Manipulation des Gewichts steht bei der Bulimie im Dienste der Erreichung attraktiver Schlankheit und bei der Adipositas geht es um die Herstellung sozialer Distanz. Bei allen drei Formen ist die Körperwahrnehmung z.T. grotesk verzerrt (am geringsten bei der Bulimie). Er wird als abgespalten erlebt, bekämpft und gehaßt.

Diese Beobachtungen besitzen insofern ein besonderes Gewicht, als die Grenze zwischen den pathologischen Extremen einerseits und dem alltäglichen Ernährungsverhalten nicht so prinzipiell zu ziehen ist, wie es auf den ersten Blick anmutet. Im Zusammenhang mit der Verbreitung des "gezügelden

Essens" wurde daraufhingewiesen, daß dieselbe Problematik latent im kollektiven Diätverhalten durchscheint, wie sie z.B. für Adipöse gegeben ist. Die Erklärung des Verhaltens auf bestimmte fehllaufende Varianten des weiblichen Ablösungsmodus bestimmt das "normale" EBverhalten als andere Variante ebenso wie die EBstörungen auf dem gemeinsamen Hintergrund weiblicher Sozialisation.

In allen drei Ernährungsstörungen fehlt das rebellische Element: Bei der Anorexia nervosa bestimmt die frühe fehlende Abgrenzungsfähigkeit die vollständige Anpassung, bei der Bulimia nervosa fordert das Ideal der Weiblichkeit Anpassung. Die Adipöse verweigert sich diesem Ideal und zieht sich sozial zurück. Diese Prozesse verhindern eine Neuorientierung bezogen auf die eigene Geschlechtsrolle, Sexualität und soziale Kompetenzen. Die Verarbeitung der Entwicklungsprozesse ist blockiert und wird verweigert.

VI. PARADIGMEN VON ABLÖSUNGSMUSTERN UND KÖRPERSTILEN

Am Ende der vorangegangenen Teilabschnitte stand jeweils eine zusammenfassende Diskussion des Bezugs der einzelnen Verhaltenssektoren zu der Entwicklungsproblematik von Mädchen. Daher können wir an dieser Stelle die Struktur des Gesundheitsverhaltens als Summe verschiedener Teilaspekte, d.h. als gesamter Verhaltensbereich auf geschlechtsspezifische Merkmale des Alltagshandelns hin abfragen - und ebenso auf geschlechtsspezifische Paradigmen der erklärenden Wissenschaften hin.

Innerhalb des breit aufgefächerten Spektrums der diskutierten Verhaltensbereiche kristallisieren sich zwei extreme Muster heraus, von denen eines als spezifisch "männliches" und das andere als spezifisch "weibliches" gelten muß: Der exzessive Konsum von Alkohol (vor allem Bier) in der Öffentlichkeit von Kneipe oder Straße im Kreis der männerbündischen "Clique" ist nach wie vor Domäne der Jungen; 75% bis 95% der Alkoholgefährdeten sind männlich. EBstörungen und süchtiges EBverhalten kommen fast ausschließlich bei Mädchen bzw. Frauen vor: 90% bis 95% der anorektischen Jugendlichen sind weiblich.

Aufgrund der extremen Geschlechterverteilung der beiden Verhaltensmuster eignen sie sich, um das geschlechtsspezifische Moment näher herauszuarbeiten. Zunächst zum exzessiven Alkoholkonsum: (Exzessiver) Alkoholkonsum ist Teil eines ganzen Verhaltenssyndroms, das durch Mehrfachabhängigkeit (Nikotin, illegale Drogen) und eine Nähe zu (aggressiver) sozialer Devianz (Prügelein, betrunken Auto fahren etc., vgl. BMJFG 1983, 49) gezeichnet wird. FEND/SCHNEIDER (1984) untersuchten Zusammenhänge zwischen Rauchen und Trinken einerseits und verschiedenen Dimensionen abweichenden bzw. delinquenten Verhaltens andererseits. Der Gesamtscore abweichenden Verhaltens korrelierte hoch mit der Delinquenzbelastung sowie mit dem Rauchen und Trinken (Tab. 59). Vor

allem war in der Haupt- und Gesamtschule ein "generelles Syndrom abweichenden Verhaltens" feststellbar. Dabei war der Zusammenhang zwischen Rauchen/Trinken und Absentismustendenzen so prägnant, daß er als indikativ für eine entsprechende Gefährdungskonstellation gelten kann. Die Aufschlüsselung nach Geschlecht macht deutlich, daß das Delinquenzsyndrom geschlechts-, alters- und schichtspezifisch verteilt ist: Innerhalb einer Altersgruppe erreichen männliche Hauptschüler die höchsten Werte und weibliche Gymnasiastinnen die niedrigsten, weibliche Hauptschülerinnen liegen unter den Werten ihrer männlichen Mitschüler, ebenso Gymnasiastinnen.

Die Devianz, von der exzessiver Alkoholkonsum nur einen Teilaspekt darstellt, wird als Resultat kumulierter Belastungen bei in ungenügendem Maß zur Verfügung stehenden (anderen) Bewältigungsmöglichkeiten betrachtet, zurückführbar auf einen Kanon von Mehrfachdefiziten wie prekäre soziale Herkunft, Einschränkungen im Persönlichkeitsbild, aktuelle Anpassungsschwierigkeiten. So wird der Ausmaß des Konsums in Bezug gesetzt zur Herkunft aus einem "broken home", zu fehlenden erlernten Konfliktlösungsmöglichkeiten, zu einem bestimmtem (Peer- und konsumptionsorientierten) Freizeitverhalten sowie Problemen am Ausbildungs- und Arbeitsplatz. In der Clique Gleichaltriger (Jungen) wird das Verhalten rituell stilisiert. Reaktion auf die Defizite ist also kollektiv eingebundenes, öffentlich-aggressives sozial auffälliges und aufsässiges Verhalten. Der exzessive Alkoholkonsum kann also im Paradigma des aggressiven und öffentlichen Ausagierens von Anpassungsschwierigkeiten, der "Rebelliousness" gedeutet und mit anderen abweichenden und riskanten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen in Bezug gesetzt werden. In diesem Paradigma stehen Distanz zu Erwachsenenwerten und kollektive Neuorientierungsprozesse (Peers), verankert im subkulturellen Code, im Vordergrund. Der Körper wird erst in neueren Arbeiten thematisiert (als "verschwendeter": FRANZKOWIAK 1985b). Prozessen von Bildung

der Geschlechtsidentität und der Integration der sich entwickelnden Sexualität wurden bislang kaum Aufmerksamkeit zuteil.

Im Vergleich zur Dominanz des Themas "exzessiver Alkoholkonsum" in der Jugendgesundheitsforschung spielt das Thema des Ernährungsverhaltens eine unwesentliche Rolle. Über Ernährung als "normales" soziales Verhalten (also nicht reduziert auf die Versorgung mit lebenswichtigen Substanzen) gibt es kaum Arbeiten; EBstörungen tauchen nur vereinzelt im Zusammenhang mit der Diskussion "süchtiges Verhalten bei Jugendlichen auf" (z.B. DHS 1985). Der Verhaltenskomplex der EBstörungen ist im Vergleich zum Devianzsyndrom des Alkoholgefährdeten eher negativ durch das Fehlen aggressiver, öffentlicher Verhaltensformen, durch Unauffälligkeit und Anpassung bestimmt ("leere Anamnesen"). Der Blick auf die Zusammenhänge gestörten EBverhaltens wurde bislang psychiatrischen Disziplinen vorbehalten; dafür existieren reichhaltige Beschreibungen der psychodramatischen Entwicklungsgeschichte dieses Verhaltens: Eine pathologisch-diffundierende Mutter-Tochter-Beziehung, ein Konfliktlösungsstil in der Familie, der keine produktiven Abgrenzungen und Auseinandersetzungen zulässt - die pubertäre Problematik von Körperveränderung und Konfrontation mit Sexualität ruft unter diesen Umständen (im Beispiel der Anorexia nervosa) die Nahrungsverweigerung hervor.

Alkohol steht für Aufsässigkeit; Essen, so heißt es, ist "das Suchtmittel der Braven" (DAUB/LEHNING/MERFERT-DIETE 1985). Die beiden Verhaltensmuster lassen sich als "reine" Momente der beiden geschlechtsspezifischen Ablösungsmodi interpretieren: Exzessiver Alkoholkonsum verfolgt das Prinzip männlicher Ich-Werdung durch aggressive Abgrenzung, Grenzverletzung anderer Personen, kollektive Phantasien von Überlegenheit in der Stilisierung von Männlichkeit, Abhärtung des Körpers. Anorexia nervosa perfektioniert den weiblichen Modus, indem sie auf Bindung zielt, auf die

individuelle Akzeptanz der Unterlegenheit, Diffusion der Beziehungen und verzerrte Wahrnehmung des Körpers. Ist beim männlichen Modus die mangelnde Empathie problematisch, so ist beim weiblichen die fehlende Abgrenzungsfähigkeit prekär.

Der Bezug zwischen "Weiblichkeit" bzw. - um den Charakter der gesellschaftlichen Definition stärker hervorzuheben - zwischen "weiblicher Sozialisation" und dem problematischen EBverhalten liegt damit auf der Hand: "Die spezifische Sozialisation der Magersüchtigen und die geschlechtsspezifische Erziehung zur Frau unterscheiden sich nicht grundsätzlich." (MEESE/WIGBERS 1978, 203). Die Magersüchtige fügt sich brav überangepaßt ein in das gesellschaftlich bedingte epochale Ideal von Weiblichkeit (SCHÜTZE 1980, 66).

Kommen wir auf die zugrundeliegenden Körpertopoi zurück: auf das Bild des harten Körpers und auf das des integralen und sexualisierten Körpers. Damit wird die Statusvariable deutlich: Der exzessive Alkoholkonsum ist verankert in der männerbündischen Subkultur männlicher Auszubildender und steht so in einem Zusammenhang mit einer Arbeitssituation, in der körperlich "harte" - und damit auch hartmachende - Arbeit als Hätetest begriffen wird, als Bewährungsprobe, die die rauhe Wirklichkeit für Männer bereit hält (BRAKE 1981, 139). Die typische Anorektikerin stammt dagegen aus einer Familie der Oberschicht, sie geht zum Gymnasium oder studiert. Die Sozialisation, die ihr bezogen auf Körperlichkeit und Sexualität zukommt, läßt sich am besten als "Bewahrung" beschreiben.

Nun sind diese beiden Verhaltensmuster Extreme und haben keine große Verbreitung. Der größte Teil der von uns untersuchten Verhaltensweisen Jugendlicher im gesundheitlichen Bereich bewegt sich in einem "mäßigen" Rahmen. Aber wir finden immer wieder die Präferenz für oder Affinität zu einem der beiden Bewältigungsformen - verteilt nach Ge-

schlecht. So reagieren unter Belastungen 14- bis 19jährige Mädchen eher als Jungen mit Essen, Jungen greifen eher zum Alkohol (REUTER 1982; hier Tab. 60 und 61).

Der Konsum illegaler Drogen und das Rauchen von Zigaretten gelten als Indikatoren von Rebellion; sie scheinen ihre - durch die Verteilungsmuster belegte - Affinität zu männlichen Modi zu verlieren, denn die Mädchen holen in diesen beiden Bereichen was die Höhe des Konsumentenanteils betrifft, auf. Sie können offensichtlich Insignien weiblicher Rebellion werden. Umgekehrt nehmen Mädchen weniger Medikamente als noch vor Jahren; wenden also weniger jene als "typisch weiblich" bezeichneten Bewältigungsstrategien der äußeren Anpassung an.

Nehmen wir nun die Beispiele "Rauchen" und "positive Einstellung zu Alkohol", die beide bei Jungen wie bei Mädchen Verbreitung finden. Zwischen dem Rauchen und einer positiven Einstellung zum Alkohol besteht ein häufig bestätigter enger Zusammenhang, beide stehen als Komplex mit spezifischen Entwicklungslinien und sozialen Orientierungsmustern in Beziehung: "Rauchen und Trinken scheinen Verhaltensweisen zu sein, die auf dem Hintergrund einer spezifischen Sozialisationsgeschichte entstehen. Schwierigkeiten und Konflikte in Elternhaus und Schule, der Wunsch nach einer frühen Ablösung von der Familie und das Bestreben, sich nicht unterkriegen zu lassen und das zu tun, was man selbst für richtig hält, scheinen günstige Bedingungen für Rauchen und Trinken zu sein. Hinzu kommen die starke Einbindung in soziale Beziehungen mit anderen Jugendlichen und eine gewisse Abwertung der Werte der Erwachsenenwelt. Möglicherweise sind Rauchen und Trinken Signale dafür, daß man bereit ist, auf eigene Gefahr die Erwachsenenrolle früh zu übernehmen, wenn auch mit anderen Inhalten, als dies die Erwachsenen für richtig halten. Die daraus entstehenden Konflikte werden in Kauf genommen, vielleicht sogar für die eigene Identitätsbildung für notwendig gehalten. Nichtraucher

und Nichttrinker passen sich dagegen eher an die herrschenden Normen an, was ein Jugendlicher sein soll und zu tun hat. Die Ablösung vom Elternhaus geschieht später und problemloser. Auf intensive Kontakte mit anderen Jugendlichen legen sie weniger Wert, Anerkennung durch die Erwachsenenwelt hat für sie ein großes Gewicht. Erkauft wird dieser weniger riskante Einstieg in die Erwachsenenrolle durch einen stärkeren Rückzug auf die eigene Person, durch höhere Anpassungsleistungen und durch den Verzicht auf Ausbrüche aus dem vorgegebenen Rahmen." (FISCHER 1985, 47f). FISCHER dualisiert die Ablösungsmodi in "Risiko" versus "Anpassung", oder "frühe" und "späte" Ablösung - bei näherer Betrachtung entspricht der Dualismus dem der Geschlechter: die "frühe" Ablösung enthält Elemente des männlichen Ablösungsmodus, die "späte" solche des weiblichen. Die Ablösungsprozesse der typischen Nichtraucher/Alkoholabstinenten entsprechen denen der Anorektikerin, und vice versa ist die für rauchende Jugendliche und solche, die eine positive Einstellung zu Alkohol haben, beschriebene Aufsässigkeit prototypisch für die männlichen Sozialisationsverläufe der später Alkoholgefährdeten.

Die Tatsache, daß der beschriebenen Konsumentengruppe Mädchen und Jungen zugehören, verdeutlicht, daß wir uns nicht auf der Ebene biologischer Geschlechtszuschreibung bewegen, sondern auf der von Idealtypen bzw. Klischees von Männlichkeit und Weiblichkeit. Die gelingende Ablösung, so wird aus den beiden Beispielen der extremen Verhaltensaushäufungen deutlich, muß beide Ablösungsmodi ausbalancieren, d.h. Mädchen müssen auch rebellieren und Jungen sich auch anpassen.

Dabei heißen "Rebellion" und "Anpassung" für Mädchen etwas anderes als für Jungen; die Felder der Konflikte mit der Erwachsenengeneration sind anders gelagert. Rebellion ist für Mädchen in stärkerem Maß als für Jungen der Versuch, Unabhängigkeit von der "weiblichen Normalbiographie" zu

erlangen und die Aneignung der "eigenen" weiblichen Sexualität. Auch die Bewältigungsformen unterscheiden sich, denn erlernt wird grundlegend ein Geschlechtskonzept, das auch das Verhältnis zum Körper und den Umgang mit ihm bestimmt. Einerseits gilt also für beide Geschlechter die Notwendigkeit, Rebellion und Anpassung, Abgrenzung und Bindung auszubalancieren, andererseits ist diese Balance stets durch die Geschlechtszugehörigkeit im einzelnen präformiert. In diesem Zusammenhang besitzen die Drogen eine je spezifische Wertigkeit zum einen dahingehend, ob sie "Rebellion" signalisieren (wie Rauchen in jungen Jahren oder der Konsum illegaler Drogen) oder ob sie "privatistische Selbstmanipulation zur Herstellung von Unauffälligkeit" darstellen (Medikamentenkonsum); zweitens - und mindestens ebenso bestimmend, ob sie als "weibliche" Geschlechtsrollenattribute akzeptiert sind (mäßiger Alkoholkonsum, Rauchen, Medikamentenkonsum, aber auch der weicher illegaler Drogen) oder ob sie als Privileg der Männlichkeit verstanden werden (exzessiver Alkoholkonsum). Aus beiden - gesellschaftlich verankerten - Definitionen ergibt sich die Funktionalität des Verhaltens im Kontext Mädchenspezifischer Ablösungsprozesse.

Es handelt sich aber bei den beschriebenen Verhaltensweisen nicht nur um ein "männliches Syndrom", als dessen Bestandteil der exzessive Alkoholkonsum beschrieben werden kann, sowie um ein bislang noch recht unkonturiertes "weibliches Syndrom", zu dem Ernährungsstörungen zählen können, sondern im wesentlichen um zwei verschiedenen wissenschaftliche Paradigmen der Erklärung: Einerseits das jugendsoziologische Paradigma der kollektiven und öffentlich agierenden Nichtanpassung und "Rebelliousness", andererseits das Paradigma der nach innen gewendeten psychischen Störung bzw. der problematischen Sexualität und der Überanpassung.

Das männliche Paradigma - und die Ausgrenzung des weiblichen Paradigmas in die psychiatrische Disziplin - bestimmte

bislang die Forschung zu jugendlichem Gesundheitsverhalten. Damit ist die Jugendgesundheitsforschung eine Forschung von Männern und über Männer. Dies mag ein Beispiel verdeutlichen: Ein Typus des Alkoholgefährdeten wird in JUGEND FRAGT JUGEND (1986) beschrieben durch den Topos 'Suche nach dem starken Mann' (a.a.O., 61). Diese Beschreibung ist aber eindeutig auf Männer gezielt, denn als Beschreibung eines weiblichen Sachverhaltes bekommt "Suche nach dem starken Mann" einen völlig anderen Sinn: Nicht selbst als "stark" imponieren, sondern einen Beschützer suchen. Die Übertragung der Interpretation auf Frauen ist absurd: Interpretationen - und ebenso Fragestellungen - sind so strukturiert, daß sie von vorneherein nur auf Differenzierungen männlicher Verhaltensmuster zielen. Ein weiteres Beispiel: In einer Untersuchung einer Stichprobe jugendlicher Problemtrinker - mit nicht ausgewiesener Geschlechterzusammensetzung - werden Items vorgegeben wie "weil ich dann besser mit meiner Freundin auskomme", "zärtlich zu Freundin gewesen", "mit Freundin geschlafen" (HAPPEL 1981, 94f).

Die Klischees von Männlichkeit und Weiblichkeit wiederholen sich in der Aufteilungen in den jugendsoziologischen Blick ausgerichtet an männlichen Ablösungsmodi und dem abgegrenzten, harten Körper einerseits und den psychiatrischen Blick auf "weibliche" Ablösungsmodi andererseits. Die Pathologisierung, die in der Zuweisung auffälliger weiblicher Verhaltensformen in das psychiatrische Ressort liegt, wiederholt nur die Marginalisierung von Mädchen auf der Ebene des Alltags.

Der Einbezug von Mädchen, soviel steht nach den bisherigen Ergebnissen fest, verlangt die Bildung neuer und übergeordneter Konzepte von jugendlichem Gesundheitshandeln, unter die klassisch weiblich und klassisch männliche Formen als einzelne Aspekte formuliert werden können. Wir begnügen uns an dieser Stelle mit der Formulierung einer zentralen Forderung an ein solches Konzept: grundlegender Bezugspunkt

der Interpretation des Gesundheitsverhaltens muß der geschlechts-, alters- und schichtabhängige Umgang mit dem Körper sein, die somatische Kultur Jugendlicher in ihrer lebensgeschichtlichen Veränderung. Ein Anhaltspunkt könne die vier von BÜLTEMEIER et al. (1984; Erkundungsstudie i.A. der BZgA) formulierten Dimensionen sein:

- Sexualität
- Nahrungs- und Genußmittelkonsum (in den hier diskutierten Bereichen, inclusive Ernährungsverhalten)
- Körpertraining und -stilisierung (damit werden sowohl sportive als auch kulturelle, expressive Ausdrucksweisen im Körperumgang erfaßt, d.h. vom traditionellen Sport-Training über Tanzen, Bewegungsverhalten im allgemeinen bis hin zur Kraftfahrzeugbenutzung sowie die entsprechenden Accessoires zur symbolischen Repräsentanz von Gruppenzugehörigkeit und Lebensgefühl);
- Kulturtechniken (spezifische Formen der medialen Transformation des alltäglichen Umgangs mit dem eigenen Körper, die sich in Sprache, Literatur, Poesie, Comics, Musik, Video, Spiele, Film, Maskerade, Theater usw. ausdrücken).

Dieser Ansatz bietet die Möglichkeit, das Gesundheitsverhalten in einem breiteren Kontext von Verhaltensstilen auf das geschlechtsspezifische Entwicklungsgeschehen zu beziehen, die kulturell verankerten Konzepte von Männlichkeit und Weiblichkeit in ihrer Bedeutung jugendlicher Identitätsprozesse und in ihrer Auswirkung auf Gesundheitshandeln - betrachtet als situationsadäquates Umgehen mit entwicklungs-spezifischen Anforderungen - aufzuschlüsseln.

VII. EINE EMPIRISCHE ERKUNDUNG: GRUPPENDISKUSSIONEN
MIT 12-19JÄHRIGEN MÄDCHEN

1. UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG UND -RAHMEN

Ergänzend zur Bestandsaufnahme und Bewertung mädchenbezogener Forschungs- und Präventionsansätze wurden wir mit der Durchführung einer begrenzten empirisch-qualitativen Erhebung bei Mädchen unterschiedlichen sozialen und kulturellen Hintergrundes beauftragt. Dieser Auftrag zur empirischen Erkundung des Gesundheitsverhaltens weiblicher Jugendlicher war mit zwei Erwartungen verknüpft:

- erstens die Konkretisierung sowie (aufgrund methodischer Einschränkungen nur in einem begrenztem inhaltlichen Rahmen mögliche) Überprüfung jener Erkenntnisse über Risikoaffinitäten und Gesundheitskonzepten weiblicher Jugendlicher, die in der theoretisch-konzeptionellen Bestandsaufnahme gewonnen werden konnten;
- zugleich auch eine Überprüfung des "Umsetzungsbezuges" dieser Bestandsaufnahme im Hinblick auf präventive Aktivierungs- bzw. Selbsthilfepotentiale weiblicher Jugendlicher.

Als Altersspanne der Untersuchung wählten wir den Zeitraum zwischen dem 13. und 20. Lebensjahr. In möglichst (entwicklungs-)altershomogenen Kleingruppen sollte dabei die sukzessive Ausprägung subjektiver und sozialer Orientierungen von Mädchen im Umgang mit Alkohol, Nikotin, illegalen Drogen und Medikamenten exploriert werden. Zusätzlich waren Veränderungen im Ernährungsverhalten sowie die Entwicklung des Verhältnisses zum eigenen Körper und die Ausprägung von Gesundheits- bzw. Vorsorgekonzepten zu dokumentieren.

Die Altersspanne der Adoleszenz ist für Jugendliche entscheidend geprägt durch einen schrittweisen Erwerb von Wertorientierungen, die aktive Auseinandersetzung mit verschie-

densten Rollenerwartungen und eine eigenständige Aneignung von Handlungsräumen. Identitätsbildung und Einordnung in Bezugskulturen und Sozialstrukturen sind dabei nicht nur eine Frage des (Entwicklungs-)Alters, sondern wesentlich determiniert von Schichtzugehörigkeit, familiärer Bindung und dem Ausbildungsstand. In der Stichprobenplanung stellte sich uns daher die Aufgabe, neben der Berücksichtigung des unterschiedlichen Status (von Hauptschülerinnen über Gymnasialstinnen bis zu Auszubildenden in der Berufsfachschule) auch eine angemessene Repräsentanz unterschiedlicher familialer Konstellationen (vollständige bzw. Einelternfamilien, Geschwisterzahl usw.) sowie des sozialökologischen Rahmens (hier vor allem Stadt bzw. Land als Bezugsfeld) zu erzielen.

2. ZUR METHODIK

2.1 Untersuchungsansatz

Auf dem Hintergrund eigener Vorarbeiten zu gesundheitsrelevanten Aspekten des Jugendalters (vgl. BÜLTEMEIER et al. 1984, HELFFERICH 1986, FRANZKOWIAK 1986) wählten wir als Untersuchungsansatz das qualitativ-explorative Paradigma in den Sozialwissenschaften: konkretisiert in Verfahren der Gruppendiskussion.

Ein exploratives Vorgehen liegt besonders in solchen Bereichen gesundheitsbezogener Forschung nahe, in denen der Wissensstand weder im analytischen, noch im pragmatischen Sinne (z.B. zur Begründung präventiver Interventionen) ausreichend erscheint. Diese Negativ-Voraussetzung erfüllt der Erkenntnisgegenstand Mädchen und Gesundheit, wie unsere Vorarbeiten aufweisen konnten, in leider herausragendem Maße.

Explorative Verfahren zeichnen sich durch zwei Wesensmerkmale aus (HOFFMANN-RIEM 1980, KLEINING 1982):

- Der Zugang zu Informationen wird über den Aufbau einer kommunikativen Beziehung zwischen Forscher/-in und Forschungssubjekten gewonnen.
- Die Annäherung an soziale Realität erfolgt mittels offener Vorgehensweisen. Der jeweilige Erkenntnisgegenstand soll unter Einbeziehung der Befragtenperspektiven erschlossen und gedeutet werden. Untersuchungsfelder werden daher nicht primär unter Einsatz standardisierter Erhebungsinstrumente erschlossen.

Ziel der Erkenntnisgewinnung mittels explorativer Verfahren ist die soziologische Beschreibung und hermeneutische Durchdringung komplexer sozialer Prozesse und Alltagsstrukturierungen. Der Nutzen des explorativen Vorgehens erweist sich v.a. in der Bereitstellung detaillierter und umfassender Grundlagen für Hypothesen und Modellbildungen gerade bei solchen sozialen Phänomenen, die wie auch unser Untersuchungsfeld noch durch Unerschlossenheit, Randständigkeit oder "Neuheit" gekennzeichnet sind (GERDES 1979, HOPF 1979).

2.2 Untersuchungsverfahren und -instrument

Zur Durchführung der Studie wählten wir als empirisches Verfahren die Gruppendiskussion. SCHEUCH definiert eine Gruppendiskussion als "mündliche Befragung mit relativ unstrukturierten Stimuli oder mit strukturierten Stimuli bei abschnittsweise freiem Verlauf des Gesprächs, wobei auf Interaktionen der Gruppenmitglieder entscheidender Wert gelegt wird" (1973, 128). Das Interview in Gruppensituationen (als einem Setting, das alltäglichem sozialem Verhalten soweit wie möglich nahekommt) gewinnt gerade dann eine besondere Bedeutung, wenn für Alltagsprozesse in einem Bereich ein Defizit an deskriptivem Wissen vorliegt.

Die methodischen Vorgaben in der Durchführung von Gruppendiskussionen umschreibt MANGOLD wie folgt: "Die Diskus-

sionsthemen werden den einzelnen Gruppen nur in allgemeiner Form vorgeschlagen - wie ausführlich und unter welchen Aspekten sie behandelt werden, hängt wesentlich, wenn auch nicht ausschließlich, von den Interessen und Einstellungen (der Mehrheit) der Teilnehmer ab" (1973, 229).

Als Instrument unserer Gruppendiskussionen diente ein eigens erstellter Gesprächsleitfaden. Den Grundstock dieses Leitfadens bildete eine Durchsicht und Überprüfung von Leitbegriffen, die in neueren jugendsoziologischen Risiko- bzw. Gesundheitsstudien entfaltet wurden (vgl. v.a. BÜLTEMEIER et al. 1984, FRANZKOWIAK 1986). Zugleich entnahmen wir forschungsleitende Begriffe direkt den Fragestellungen und Ergebnissen unserer theoretischen Vorarbeiten.

Das Gesamt von Themen und Problembereichen, das auf diese Art entwickelt werden konnte, wurde mittels Expertenrückmeldungen und Probebefragungen von Mädchen in einen detaillierten Themen- und Fragenkatalog überführt. Der Leitfaden (den wir im Anhang VII.7.1 vollständig dokumentieren) thematisiert in seiner endgültigen Fassung folgende Bereiche:

- Soziodemographische Angaben und Informationen zum familiären Hintergrund der befragten Mädchen;
- subjektive Gesundheitskonzepte und persönliche bzw. familiäre Krankheitserfahrungen;
- Einstellungen und Gewohnheiten im Bereich persönlicher Hygiene sowie Erfahrungen mit gesundheitlicher Aufklärung und Erziehung;
- Risikoaffinitäten und Erfahrungen (Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum, Umgang mit Medikamenten, eventuelle Erfahrungen mit illegalen Drogen);
- eigenes Ernährungsverhalten im Kontext familiärer Ernährungsgewohnheiten und -rituale;
- Körper- und Selbstbild sowie subjektive Risikobereitschaft;
- Konzepte von "Weiblichkeit", Mädchen-Sein und Frau-

- Werden sowie soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen und Intimität;
- Zukunftsplanung und Zukunftsentwürfe.

Der Leitfaden ist strukturiert durch Stimuli, die die hier genannten Hauptthemen einführen. Dies ist eine in explorativen Vorgehen notwendige Kompromißbildung, um zwischen der Notwendigkeit steuernder Eingriffe einerseits und dem Wunsch nach möglichst langen und frei artikulierten Erzählpassagen der Befragten andererseits zu vermitteln. Vertiefende Nachfragen waren vorgesehen und möglich, wenn die Diskussions- teilnehmerinnen interessierende Themen nicht oder nur unzu- reichend ansprechen.

Wie in Gruppendiskussionen üblich, war die Reihenfolge der Gesprächsthemen in unseren Befragungen weitgehend flexibel. Sie konnte und sollte den Vorgaben der Teilnehmerinnen fol- gen. Allein der Einstieg in die Interviews (mittels der Er- fragung soziodemographischer/familiärer Hintergründe sowie ein erstes Ansprechen von subjektiven Gesundheitskonzepte) war in allen Diskussionen vorstrukturiert.

Der Leitfaden diente in der abschließend dokumentierten Form vorrangig zur Interviewerschulung und -rückvergewisserung (d.h. als sog. Erinnerungsstütze). Er wurde nicht als schriftliche Unterlage während der Diskussionen benutzt. Die Exploration des jugendlichen "Wissens aus erster Hand" (FIL- STEAD 1979) sollte so ungestört wie möglich verlaufen; die Herstellung einer soweit wie möglich natürlichen Gesprächs- situation wäre durch die Einführung einer unflexiblen, deut- lich vorstrukturierten Themenliste in Frage gestellt. Wir orientierten uns in diesem Zusammenhang an den forschungsme- thodischen Leitsätzen von SCHATZMAN/STRAUSS: "The interview- er does not use a specific, ordered list of questions or topics because this amount of formality would destroy the conversational style. He may have such a list in mind ..., but he is sufficiently flexible to order it any way that

seems natural to the respondent and to the interview situation." (1973, 73).

Die im Abschnitt VII.7.1 dokumentierte Fassung ist somit als idealtypischer Leitfaden zur Veranschaulichung des Erkenntnisinteresses und der Hauptthemen zu verstehen. In den Interviews mit den Mädchen wurden sämtliche Fragen und Themen des Leitfadens thematisiert; dies geschah allerdings nicht immer nach dem strukturierten Fragensaufbau des Leitfadens.

2.3 Durchführung

Zwischen August und September 1986 führten wir im südbadischen Raum sechs Gruppendiskussionen durch.

Die Kontaktaufnahme zu den Jugendlichen erfolgte über unterschiedliche, dabei in Teilen aufeinander aufbauende Zugangswege:

- Ansprache persönlich bekannter Mädchen;
- Kontaktaufnahme zu Lehrkräften bzw. Schulleitungen an Haupt-, Gesamt- und Berufsfachschulen sowie Gymnasien;
- Gesprächsvermittlung durch das pädagogische Personal eines Jugendfreizeitheims.

Jede Gruppendiskussion wurde mit Einverständnis der Teilnehmerinnen auf Band aufgenommen und anonymisiert transkribiert. Sämtliche Gespräche fanden in der Privatwohnung der Interviewerin statt, so daß in allen Diskussionen vergleichbare "atmosphärische" Ausgangsbedingungen gegeben waren. Die effektive Dauer der sechs Gruppendiskussionen lag zwischen 1 h 30 min und 2 h 15 min.

2.4 Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen der 6 Gruppendiskussionen konnten 31 Mädchen im Alter zwischen 12 und 19 Jahren befragt werden. Wie die nachfolgende Tab. VII/1 verdeutlicht, waren die Altersklassen der 12-, 15- und 17jährigen mit 6 bzw. 7 Teilnehmerinnen stärker vertreten. Die übrigen Altersklassen waren mit 1 - 3 Mädchen besetzt.

Gruppe	Alter							
	12	13	14	15	16	17	18	19
G1 (N=5)	2	1	2					
G2 (N=6)	4	2						
G3 (N=5)				5				
G4 (N=5)				1	3	1		
G5 (N=5)						3	2	
G6 (N=5)						3	1	1
Σ	6	3	2	6	3	7	3	1

Tab. 1: Altersverteilung in den Gruppendiskussionen G1-G6 (N=31)

Bei der Statusverteilung zeigte sich eine altersangemessene Vertretung von Hauptschülerinnen (G1: N=5 zwischen 12 und 14 Jahren) und Auszubildenden (G6: N = 5 zwischen 16 und 19 Jahren). Im unteren Altersbereich sind mit der Gruppendiskussion G2 (N = 6 zwischen 12 und 13 Jahren) weitere 6 Gymnasiastinnen vertreten, so daß eine Gegenüberstellung unterschiedlicher Ausbildungsbedingungen ermöglicht wird. Entsprechendes gilt für den mittleren Altersbereich, in dem 5

15jährige Gymnasiastinnen (G3) sowie 5 Gesamtschülerinnen im Alter von 15-17 Jahren (G4) zu finden sind. Den Auszubildenden (Friseurlehrlinge) der Gruppendiskussion G6 stehen 5 Gymnasiastinnen im Alter von 17 - 18 Jahren (G5) gegenüber.

Die entsprechenden Alters- und Statusverteilungen in der Stichprobe sind den nachfolgenden Tab.VII/2 und Tab.VII/3 zu entnehmen.

Gruppe \ Status	Status			
	HS	GY	GS	AZ
G1 (N=5)	5			
G2 (N=6)		6		
G3 (N=5)		5		
G4 (N=5)			5	
G5 (N=5)		5		
G6 (N=5)				5
Σ	5	16	5	5

Tab. 2: Statusverteilung
in den Gruppendiskussionen G1-G6 (N=31)

Legende: HS = Hauptschülerinnen
GY = Gymnasiastinnen
GS = Gesamtschülerinnen
AZ = Auszubildende

STATUS \ ALTER	ALTER							
	12	13	14	15	16	17	18	19
HS	2	1	2					
GY	4	2		5		3	2	
GS				1	3	1		
AZ						3	1	1
Σ	6	3	2	6	3	7	3	1

Tab. 3: Alters- und Statusverteilung in der Stichprobe (N=31)

Beim regionalen Hintergrund der Diskussionsteilnehmerinnen ergab sich ein leichter Überhang von städtischen Mädchen (N = 19) gegenüber 12 Befragten aus ländlicher Gegend - vgl. hierzu Tab.VII/4.

REGION \ ALTER	ALTER								Σ
	12	13	14	15	16	17	18	19	
STADT	2	1	2	5	3	4	1	1	19
LAND	4	2		1		3	2		12

Tab. 4: Regionaler Hintergrund nach Alter in der Stichprobe (N=31)

2.5 Vorgehen und Ziele der Auswertung

Grundlage der Auswertung waren die kompletten Transkripte der sechs Gruppendiskussionen. Die Auswertung verlief dabei nach Prinzipien, die sich in eigenen empirischen Vorarbeiten, (auf die in VII.2.1 Bezug genommen wurde) bewährt hatten:

- Alle Mitschriften wurden zunächst in mehreren aufeinanderfolgenden Schritten nach einem Rastersystem verdichtet.
- Sämtliche Äußerungen zu den Themenschwerpunkten des Leitfadens wurden gesammelt und in aufeinanderfolgenden Durchgängen (in Form von "Memo-Readern") nach Relevanz Gesichtspunkten geordnet.
- Eine abschließende Analyse und Zusammenfassung des Datenmaterials erfolgte (z.T. in leichter Akzentuierung der forschungsleitenden Themen) nach den im folgenden ausgewiesenen Leitbegriffen.

Ziel der Auswertung war die Aufdeckung und Beschreibung kollektiver (und nur soweit möglich auch individueller) Alltagsorientierungen von Mädchen zur eigenen Risikopraxis und ihren Gesundheitskonzepten im Altersgang. Dabei erwies sich eine differenzierende Ergebnisdarstellung nach Altersstufen (12-14 Jahre/15-16 Jahre/17-19 Jahre) im Sinne einer Grobkennzeichnung nach früher, mittlerer und Spätadoleszenz als besonders aussagekräftig. Die dabei herangezogenen Zitate von Jugendlichen sind in den nachfolgenden Kapiteln VII.3.1-6 dokumentiert. Im Anschluß an jene vorrangig deskriptive Darstellung haben wir noch eine Queranalyse aller Themen vorgenommen: sowohl nach den in unserer Stichprobe aufzufindenden Statusunterschieden als auch nach entwicklungspezifischen Aufgaben und Belastungen weiblicher Jugendlicher. Diese gewichtete Aufbereitung und Interpretation der "Rohergebnisse" wird in den Abschnitten VII.4.2-3 vorgestellt.

In der Ergebnisdarstellung und -interpretation dokumentieren wir exemplarische Äußerungen aus den Gruppendiskussionen G1-G6. Die Zitate sind entsprechend des Datenblattes unserer Befragung - vgl. den Anhang VII.2 - codiert: alle Zahlenangaben nach einzelnen Äußerungen verweisen auf die im Datenblatt aufgeführten Kennzahlen (1 ... 31) der Diskussions Teilnehmerinnen. In die Darstellung aufgenommene Gesprächsausschnitte bzw. -passagen wurden in der Regel sprachlich und grammatikalisch leicht überarbeitet. Inhalt und Aufbau der jeweiligen Aussagen blieben dabei jedoch unverändert.

3. RISIKOAFFINITÄTEN UND RISIKOPRAXIS

3.1 Alkoholkonsum

Unabhängig von Alter oder Status berichteten sämtliche Mädchen mit z.T. großer Selbstverständlichkeit und anhand genauester Beobachtungen anderer Familienmitglieder über Höhe, Intensität und Stellenwert des häuslichen Alkoholkonsums. Nur 2 der 31 befragten Mädchen gaben an, daß in ihrer Familie Alkoholabstinenz herrschte.

Einschränkend muß jedoch davon ausgegangen werden, daß Mädchen dieser Altersgruppe aufgrund ihrer frühen Schlafenszeit einen Großteil des abendlichen Familiengeschehens nicht "mitbekommen".

12 - 14 Jahre

Wenn diese Mädchen Alkohol im familiären Kontext ansprechen, unterscheiden sie v.a. den Konsum von Wein und Bier. Bis auf einen Vater, der "wenn er von der Reise kommt, einen Kognak braucht", wird in den Familien entweder der Alkoholkonsum in den Alltag integriert (wie das "Feierabendbier" vom Vater)

oder ist mit besonderen Gelegenheiten verbunden (wie "das Glas Wein oder mal eine Flasche, wenn Bekannte kommen"). Die Trinkgewohnheiten der Eltern werden mit Freizeit und Geselligkeit assoziiert: "Sonntags zum Mittagessen, wenn alle zu Hause sind, wird eine Flasche Wein getrunken" (6).

Die Häufigkeit des elterlichen Alkoholverbrauchs wird von den Mädchen mit "selten", "manchmal" oder "unterschiedlich" (d.h. situationsabhängig) beschrieben.

Daß Erwachsene Alkohol trinken, wird als selbstverständlich angesehen. Die Mädchen selbst haben - noch - keinen ausgeprägten, eigenen Bezug zum Alkohol und lehnen ihn z.T. explizit ab. 3 Mädchen dürften vor einiger Zeit zu einer besonderen Familienfeier "ein kleines Glas Sekt trinken" (1), konnten dem Geschmack aber nichts abgewinnen. Sie erlebten dieses Angebot jedoch als ersten Schritt einer Aufnahme in den Kreis der Erwachsenen: "Und dann durfte ich mal einen ganz kleinen Schluck Sekt probieren. Ich weiß gar nicht, was die Erwachsenen daran so gut finden. Das schmeckt doch ekelhaft" (10). Alle befragten 12-14jährigen aber "hoffen, nie mit dem Alkohol zu tun zu haben" (3).

15 - 16 Jahre

In dieser Altersgruppe werden den beobachteten elterlichen Konsummustern schon eigene Erfahrungen hinzugefügt. Über die Hälfte der Mädchen hat schon öfter Alkohol getrunken. Von besonderer Wichtigkeit für die Mädchen werden in zunehmendem Maße elterliche Erziehungsversuche in Bezug auf Alkohol. Absolute Verbote werden von ihnen einerseits nicht akzeptiert, zum anderen von Eltern oder Müttern auch gar nicht erst ausgesprochen: "Meine Mutter sagt, ein bißchen ist nicht schlimm, aber sie sieht es nicht gern. Ich glaube aber, das ist normal" (18).

Mehrfach werden die elterlichen mit eigenen Trinkgewohnheiten verglichen, besonders dann, wenn die Eltern "zu viel" trinken: "Bei meiner Mutter habe ich den Eindruck, daß sie ziemlich viel trinkt. Wein hauptsächlich. Wenn Freunde oder Freundinnen da sind, wird schon mal ein Glas getrunken, aber richtig schlimm besoffen war eigentlich nie jemand. Ich kann das wohl auch schlecht einschätzen, weil ich ziemlich wenig trinke, höchstens, wenn ich abends weg bin. Aber selber kaufen tue ich mir nie was" (14).

Zu Hause trinken die Mädchen dieser Altersgruppe ihren Saft. Anlässe zum Alkoholkonsum sind dagegen "Feten und wenn wir unterwegs sind" (19). Bevorzugt werden Mixgetränke, "weil die besser schmecken, und sie sehen schöner aus" (15). Dabei konsumieren sie mäßig; viel Alkohol tut ihnen nicht gut. Die 15-16jährigen berichten über Folgen in Form von Übelkeit und Kopfschmerzen und nehmen sich vor, ihren Alkoholverbrauch unter Kontrolle zu halten. Elterliche Hilfe wird in dieser Situation dankbar angenommen und als Vertrauensbeweis gespeichert: "Silvester mußte ich mich übergeben. Da war es zu viel. Aber meine Eltern haben es nicht so schlimm gefunden, im Gegenteil, sie haben mir ein bißchen geholfen. Das fand ich toll, daß die kein Theater gemacht haben. Denn ich habe ja selbst gemerkt, daß das zu viel war"(15).

17 - 19 Jahre

Nicht mehr äußere Anlässe, sondern das eigene Befinden prägt hier die Gespräche zum Thema Alkohol. Elterliche Interventionen werden strikt danach unterschieden, "was sie sagen und was sie tun" (22). Zwar seien die Eltern strikt gegen Alkohol, weil sie selbst Sport treiben - "aber auf Festen, die häufig gefeiert werden, trinken sie schon einige Flaschen Wein!" (27). Über einige Eltern wird vermutet, daß sie "aus Frust viel mehr trinken als vertragen wird" (22).

Probiert haben alle Mädchen, ob ihnen Alkohol schmeckt und "was bringt". Als Einstiegssituationen in Alkoholkonsum werden "Feste" oder "wenn man weggeht", also Geselligkeiten im Gleichaltrigenkreis angegeben. Getrunken werden in der Regel Mixgetränke, dabei am liebsten solche mit Campari. Allein für sich zu konsumieren finden die Mädchen "witzlos". Sekt ist besonderen Anlässen vorbehalten, die zu Hause mit den Eltern verbracht werden. Gemeinsames Trinken mit den Eltern wird nicht als eher unspezifischer Anlaß zum Alkoholkonsum bewertet, sondern als Familiensituation genossen: "Wenn man dann so mit den Eltern zusammen ist und Wein trinkt, dann schafft das irgendwie gleich so 'ne Atmosphäre. Halt nicht so auf Eltern/Kinder" (24).

Neben dem familiären Konsum wird das Trinken von Alkohol in der Öffentlichkeit zunehmend relevant, da in Kneipen nicht nach dem Alter gefragt wird. Zwar hat ein Mädchen eine Flasche Campari im Zimmer, trinkt aber nur daraus, "wenn Freunde da sind" (26). Leicht beschwipst zu sein und mit Freundinnen und Freunden, die überwiegend auch Alkohol trinken, zusammen zu sein, wird als angenehm und "lustig" empfunden. Unter besonderen seelischen Belastungen haben sich einige der 17-19jährigen auch schon mal "zugesoffen". Die Mädchen berichten, wie schlecht es ihnen ging, als sie so betrunken waren: "Mir war so schlecht, ich wollte am liebsten sterben" (27). Nach dieser Erfahrung versuchen sie, den Alkoholkonsum zu beschränken; auf keinen Fall wollen sie "süchtig werden, an der Flasche hängen" (23). Dagegen trinken die Jungen im Freundeskreis nach ihren Beobachtungen häufiger Alkohol, insbesondere Bier.

Überblick

Alkohol wird in den meisten Familien konsumiert. Im Konsummuster des kontrollierten Trinkens gleichen sich die heran-

wachsenden Mädchen ihren Eltern im Laufe der Zeit immer mehr an. Für die Eltern gehören Bier und Wein offensichtlich zum Feierabend, zum geselligen Zusammensein mit Bekannten oder dem sonntäglichen Mittagessen dazu. Die Häufigkeitsangaben der Mädchen sind subjektive Einschätzungen und orientieren sich an ihrem jeweiligen Einblick in elterliche Gepflogenheiten und familiäres Freizeitverhalten. Mit zunehmendem Alter werden die Gründe, weshalb von beobachteten Erwachsenen wie auch den Mädchen selbst getrunken wird, mehr mit "Lust", "Geselligkeit", aber auch "Frust" bzw. "Wut" (emotionalen Befindlichkeiten also) assoziiert. Eltern, die zu viel trinken, werden von allen Befragten abgelehnt.

Eine entscheidende Rolle für den Alkoholkonsum der Mädchen spielen offenbar Geselligkeitsriten im Freundeskreis. Während die 12-14 jährigen, die sich in ihrer Freizeit überwiegend zu Hause aufhalten, "nie mit Trinken anfangen wollen", wird von den 15-16jährigen angegeben, daß sie beim Zusammensein mit Freunden bzw. beim Von-zu-Hause-Weggehen "ein bißchen was" trinken. Schon die 15jährigen setzen Alkohol, dabei überwiegend Mixgetränke, als "Stimmungsmacher" ein.

Keines der Mädchen trinkt jedoch alleine Alkohol: ein "Besoffensein" wird abgelehnt, sowohl bei sich selbst als auch bei anderen. Das heimliche Konsumieren der jüngeren auf Festen verlagert sich in der Altersgruppe der 17-19jährigen zunehmend in die Öffentlichkeit.

Mit den Eltern ein Glas Wein oder Sekt trinken zu dürfen, wird als Aufwertung der eigenen Person empfunden - auch als Aufnahme in die (elterliche) Erwachsenengemeinschaft und deren Rituale. Verbote in Bezug auf Alkohol sprechen die Eltern mit zunehmendem Alter der Mädchen nicht mehr aus; wenn doch, werden sie von den Mädchen nicht mehr akzeptiert. Es sind ihre persönlichen (dabei z.T. auch negativen) Konsumerfahrungen, die das eigene kontrollierte Trinkverhalten bestimmen und verstärken.

3.2 Zigarettenrauchen

12 von 31 befragten Mädchen bezeichneten sich als regelmäßige Raucherinnen: bei den 12-14jährigen war dies nur eine Jugendliche, in der mittleren und der ältesten Gruppe jedoch schon 5 bzw. 6 Mädchen (d.h. hier ein Drittel bis die Hälfte aller Befragten). Auffällig ist quer durch alle Altersgruppen, daß sämtliche Mädchen von sich aus den "Sucht"aspekt des Zigarettenrauchens herausstellen, wobei sie sich demonstrativ von der "Freiheit und Abenteuer" suggerierenden Zigarettenwerbung absetzen.

12-14 Jahre

In 9 von 11 Familien wird nach Angaben der Mädchen geraucht. Sie differenzieren dabei zwischen Gelegenheitsrauchen der Eltern, v.a. in Kombination mit Alkohol bzw. im Freundeskreis, und einem Gewohnheitsrauchen. In einigen Familien gibt es zwischen den Eltern Auseinandersetzungen: "Meine Mutter versucht, dem Vati das Rauchen abzugewöhnen, sie kriegt vom Qualm Kopfschmerzen" (10). Unabhängig vom eigenen Nikotinkonsum verbieten die Eltern jedoch den Töchtern das Rauchen. Dieses Verbot erscheint als überflüssig, da die Mädchen - bis auf eine, die durch ihre ältere Schwester zum Rauchen "animiert" wurde (3) - gar nicht rauchen wollen: "Ich darf nicht und ich will auch nicht!" (5).

Rauchende Eltern werden offen kritisiert. Der Widerstand gegen ihre Gewohnheit geht bis zu demonstrativen Handlungen und symbolischen Attacken: "Und dann habe ich sie auch mal gefragt: 'ja, schmeckt denn das so gut?' Hat meine Mutter gesagt: 'Nee', hab' ich gesagt: 'Ja, warum rauchst du dann?' Da hat sie nur mit den Schultern gezuckt" (8). Oder auch: "Da versperre ich mein Zimmer, reiße die Balkontür auf, damit kein Rauch reinkommt. Ich finde das so ekelhaft, wie das

immer stinkt. Ich weiß gar nicht, was die Erwachsenen daran so gut finden" (10).

Die 12-14jährigen beobachten häufig, daß ältere Geschwister angefangen haben zu rauchen, "weil die von ihrem Freund verführt worden sind" (6).

15 - 16 Jahre

Einstellungen und Erfahrungen dieser Mädchen gehen bereits auseinander. Anlässe, zu denen die meisten Eltern rauchen, werden nicht mehr gesondert angegeben; das elterliche Verhalten wird im Gegensatz zu den jüngeren Befragten nicht (mehr) kritisiert.

3 der Mädchen rauchen zum Befragungszeitpunkt, 2 davon "gelegentlich". Geraucht wird heimlich, da alle Mädchen davon ausgehen, daß die Eltern "es nicht gut fänden" oder "nicht begeistert wären", wenn sie erführen, daß die Töchter rauchen. Die Mädchen betonen aber, daß ihr Probieren nicht zwangsläufig in eine Raucherkarriere führen muß. Einig sind sich sämtliche Befragte in diesem Alter, daß Freunde und die Bezugsgruppen eine besondere, z.T. auch prägende Rolle im Zusammenhang mit den ersten Zigaretten spielen: "Ich habe mal eine Zeitlang, wenn ich mit anderen weg war, auch Lust gekriegt zu rauchen und habe es dann auch getan. Aber ich will das nicht mehr, weil ich eigentlich ein brutaler Anti-raucher bin. Es war einfach nur der Reiz" (17). Nicht Verbote oder Aufklärungsmaterial, sondern ihr ganz persönliches Nicht-Wollen halten die Mädchen vom Rauchen ab.

Die mögliche Verselbständigung dieser "Sucht" haben die Schülerinnen im Familien- oder Freundeskreis erlebt. Sie gehen aber davon aus, daß "jeder wissen muß, ob ihm das schmeckt" (13). Zum Teil wird das Rauchen auch mit bestimm-

ten Stimmungslagen und Problemen in Verbindung gebracht:
"Eine Zeitlang habe ich geraucht, da gings mir mies, und ich
saß stundenlang in meinem Zimmer und hab geraucht. Das war
ganz komisch" (18.)

17 - 19 Jahre

Zigarettenraucher/innen gibt es in 6 von 11 Familien, vermehrt kommen rauchende Geschwister hinzu. Mehrere Mädchen berichten von Eltern, die aus gesundheitlichen oder erzieherischen (Vorbild-)Gründen mit dem Rauchen aufgehört hätten. Auch hier haben einige Mütter Aversionen gegen das Rauchen des Familienvaters: "Meine Mutter ist streng gegen das Rauchen, sie kann es nicht verkraften" (30). Bis auf ein Mädchen, das sich als überzeugte Nichtraucherin bezeichnet, haben alle schon in frühen Jahren probiert; der erste Zug wurde im Alter zwischen 12 und 15 Jahren genommen. Sie rauchen zu Hause meist heimlich: "Bei uns sind alle total überzeugte Nichtraucher, die Verwandtschaft auch. Ich rauche ab und zu mal. Sie wissen es nicht, und sie dürfen es auch gar nicht wissen, weil sie sonst einen Mordskrach machen würden." (28).

In der Öffentlichkeit dagegen wird je nach Situation viel oder wenig geraucht. Streßsituationen in der Schule oder Ärger mit Freunden, aber auch Kneipenbesuche und Feste lassen die 17-19jährigen häufiger zur Zigarette greifen - mehr und öfter als in Ferienzeiten, beim Alleinsein oder allgemeinem Sich-Wohlfühlen. Immer wieder wird aber das Bedürfnis herausgestellt, das Rauchen "unter Kontrolle" behalten zu wollen.

Hauptsächlich zwei Motive werden als persönliche Gründe, mit dem Rauchen anzufangen, genannt: zum einen Neugierde und andererseits das Bedürfnis, erwachsen zu werden bzw. zu wir-

ken: "Das ist eine lustige Geschichte. Wir saßen da im Klassenzimmer, und da lag eine Packung Tabak. Und dann haben wir uns so angeguckt und gesagt: 'Ja, hm, könnten wir eigentlich mal mitnehmen' und haben das mitgenommen, ohne ein Wort zu sagen. Da gabs echt keinen Grund, aber für mich war es damals schon klar, daß ich es irgendwann einmal versuchen will, das Rauchen" (26). "Bei mir war's vor allem wegen dem Erwachsensein, obwohl wir es am Anfang nicht in der Öffentlichkeit gemacht haben. Aber allein das Gefühl, ich rauche eine Zigarette, meine Eltern rauchen auch eine Zigarette: 'Jetzt bin ich wie meine Eltern, genauso erwachsen!'" (23). Dieses Gefühl, allein bzw. mit der Freundin etwas Verbotenes ausprobiert zu haben, kommt in den Erzählungen voll zum Ausdruck.

Überblick

Die persönliche Motivation, mit dem Rauchen anzufangen oder davon abzulassen, entwickelt sich offensichtlich unabhängig vom elterlichen Nikotinkonsum bzw. Nichtkonsum. Die 12-14-jährigen lehnen das Rauchen noch vollständig ab. Sie finden diese Angewohnheit "ekelhaft" und bringen rauchenden Eltern offenen Widerstand entgegen. Sie äußern Angst vor der "Sucht" und sehen die Gefährdung durch Gleichaltrige, wollen aber "niemals" mit dem Rauchen anfangen.

In der Altersgruppe der 15-16jährigen wird dagegen schon über eigene Verlockungen und Nikotinerfahrungen berichtet. Elterliche Verbote, die in der jüngeren Altersgruppe noch im Einklang mit der eigenen Einstellung standen, verlieren jetzt ihre Wirksamkeit. Der erste Zug wurde fast immer mit der besten Freundin aus Neugierde oder aus dem Wunsch heraus, erwachsen zu sein bzw. zu wirken, heimlich geraucht. Dabei decken sich die Aussagen dieser Mädchen mit dem Rückblick der 17-19jährigen. Allerdings bedeutet das Probieren

nicht zwangsläufig, auch zur Raucherin zu werden.

Allen raucherfahrenen Mädchen ist klar, daß der Nikotingenuß zur Abhängigkeit führen kann. Es ist aber nicht präventivmedizinische Gesundheitseinsicht sondern v.a. die Sorge um die eigene (Un-)Abhängigkeit, was ältere Mädchen bewegt, das Rauchen "unter Kontrolle" halten zu wollen.

3.3 Illegale Drogen

Während die Mädchen in der jüngsten Altersgruppe noch ein diffuses, undifferenziertes Bild von Drogen haben, unterscheiden die älteren ausdrücklich zwischen weichen und harten Drogen. Differenziert wird allerdings nur zwischen Haschisch und Heroin; Barbiturate, Halluzinogene oder auch Kokain werden in den Diskussionen nicht erwähnt. Eigene Erfahrungen der Befragten bezogen sich ausschließlich auf das Haschisch-Rauchen ("Kiffen").

12 - 14 Jahre

Illegale Drogen spielen im Alltag dieser Mädchen eine unwesentliche Rolle. Auch ihre Eltern behandeln diese Thematik sehr unterschiedlich (bis auf eine Mutter haben sie nach Aussagen der 12-14jährigen auch keinerlei Erfahrung mit Haschisch oder anderen illegalen Drogen). Die Hälfte der Eltern ignorieren die illegalen Drogen und warnen nur vor Nikotin und Alkohol. In den anderen Familien differenzieren weder die Eltern noch die Töchter zwischen einzelnen Substanzen; Drogen machen generell Angst und entsprechendes Medienmaterial wird als Abschreckung akzeptiert: "Da hat man die Quälereien mit angehört, wie die sich fühlen und warum die das machen, das hat einen schon so abgeschreckt" (10).

2 der Mädchen kennen jedoch Gleichaltrige, die "sowas in der Zigarette rauchen" (3), und deren Freizeitverhalten und die Kommunikationsebenen sich gegenüber den Nichtkonsumenten auffällig verschoben haben: "Der hat jetzt ganz andere Interessen, mit dem kannst du dich gar nicht mehr richtig unterhalten, der ist immer ganz nebendran" (9). Personen, die illegale Drogen nehmen, werden von einigen der jüngeren Befragten als asozial und zu Verbrechen neigend beschrieben.

15 - 16 Jahre

Im Bereich der illegalen Drogen wird hier bereits zwischen Haschisch-Rauchen ("Kiffen") und Heroinkonsum differenziert. 2 der Mädchen haben eigene Erfahrungen mit Haschisch; die anderen sind "ziemlich dagegen" und haben "keine Lust auf so Zeug". Die kiffenden Mädchen ziehen Haschisch dem Alkohol vor. Sie sehen für sich selbst aber nicht die Gefahr, auf härtere Drogen umzusteigen: "Vor zwei Jahren, wenn andere davon erzählt haben, hab ich mir auch immer gesagt, 'nee, das will ich nie!' Da hatte ich totalen Schiß davor. Hab halt auch gedacht, wie alle denken, daß man vom Haschisch zum Trip und dann zum Heroin kommt. Aber das ist doch Quatsch. Ich kiffe lieber was, als daß ich mich zusaufe. Die Stimmung ist dann viel besser!" (19).

Pauschale Verurteilungen von Drogenkonsumenten finden nicht statt. Die Mehrzahl der 15-16jährigen hält es für legitim, Haschisch mal ausprobieren zu wollen. Die Mädchen sehen eher eine Gefahr in der "massiven Übertreibung" durch Eltern und Medien: "Die denken doch, wir sind blöd und können nicht selber lesen. Das hängt doch immer von der Person ab" (13). "Ich habe das früher immer als Schwäche bei anderen ausgelegt, wenn ich gemerkt habe, daß die kiffen. Aber mit den Zigaretten habe ich das auch gedacht. Jetzt habe ich ja selber das Rauchen probiert, da denke ich anders. Die Schwäche

hat halt jeder. Es ist interessant, sowas mal auszuprobieren" (17).

Haschisch wird vorwiegend im Freundeskreis von einem gemeinsamen Vorrat geraucht. Ein Mädchen, dessen ältere Geschwister schon länger "kiffen", konsumiert vom eigenen "Grasanbau".

17 - 19 Jahre

10 der 11 von uns befragten Mädchen in dieser Altersgruppe haben eigene Erfahrungen mit Haschisch. Bei 4 Mädchen hat sich der Konsum auf die "Probierphase" beschränkt: "Das hat mir halt nichts gebracht" (22). Dagegen kiffen die anderen unterschiedlich häufig. Als Hauptmotivation wird die Neugierde angegeben. Scharfe Reaktionen der Eltern, als sie vom Haschischkonsum ihrer Töchter erfuhren, verletzten die Mädchen; daß sie sofort als "Drogentote" etikettiert werden, nehmen sie ihren Eltern übel: "Meine Reaktion war damals: 'Ha, jetzt erst recht!' Unser Verhältnis war durch den Streit total kaputt. Das hat dann eine Trotzreaktion hervorgerufen. Jetzt ist das Kiffen bei mir wahnsinnig selten geworden. Ich weiß halt, ich brauch das nicht" (25).

Ein Mädchen berichtet über den von mehr Verständnis geprägten Umgang ihres Vaters mit dieser Information: "Mein Vater, der war nicht schockiert. Ich habe ihm erzählt, daß ich schon öfters was geraucht habe. Er hat da irgendwie ein unheimliches Vertrauen zu mir und glaubt, daß ich das unter Kontrolle behalte. Das hat mich beeindruckt und war auch gleichzeitig so ein Ansporn, es wirklich unter Kontrolle zu haben, damit das Vertrauen von ihm nicht falsch war" (24). Im Anschluß an diese Aussage äußern auch die anderen Mädchen dieser Gruppendiskussion den Wunsch, daß die Eltern v.a. in diesem Bereich ihnen einen größeren Vertrauensvorschuß ein-

räumen sollten.

Die 17-19jährigen sind sich der Möglichkeit bewußt, das "Kiffen" auch als Problemlöseversuch einzusetzen; sie bewerten diese Möglichkeit allerdings sehr kritisch und grenzen einen mäßigen Haschischkonsum gegen "Kiffen als Scheinlösung" ab. Daher sind für sie unterschiedliche Ausgangssituationen von besonderer Wichtigkeit: "Als ich mal eine Zeitlang so viel gekifft habe, bin ich irgendwelchen Problemen aus dem Weg gegangen. Hab halt gedacht,: 'Vergiß es, am Abend rauchst du einen Joint, dann ist die Sache vergessen'. Daß es dann am nächsten Tag dreifach so schlimm war, daran habe ich nicht gedacht." (23). Auch die anderen Gesprächsteilnehmerinnen denken, daß "ab und zu ein Joint bei guter Laune nicht schadet, aber Problemen kann man damit nicht aus dem Weg gehen" (26). Diese Aussagen treffen sie auch auf dem Hintergrund, daß sich einige unter besonderen seelischen Belastungen "schon mal zugekifft" haben.

Eine Strafwürdigkeit ihres Tuns sehen die älteren Mädchen nicht. Sie halten Alkohol - "von dem wird man aggressiv, und die Leute fangen Schlägereien an" (28) - für weitaus gefährlicher als die gesellschaftlich stärker geächtete Droge Haschisch.

Überblick

Der Konsum von Haschisch nimmt unabhängig vom Ausbildungsstand mit dem Alter zu. Sehen die 12-14jährigen in Drogen noch generell etwas Abschreckendes und Angstmachendes, haben schon einige der 15-16jährigen und nahezu alle befragten 17-19jährigen Erfahrungen mit einem "Joint" gesammelt. Probiert haben dabei alle aus Neugierde.

Nach Halluzinogenen ("Trips") oder Heroin besteht jedoch

keinerlei Bedarf. Die als übersteigert und kränkend erlebten Reaktionen ihrer Eltern auf Haschisch-Konsum werden massiv kritisiert und führen zu Trotzreaktionen. Erst die persönliche und durch sonstige Schadenswarnungen nicht zu ersetzende Erfahrung, daß "Kiffen" eigene Probleme nicht aus der Welt schafft, veranlaßt die Mädchen, Konsequenzen für das eigene Handeln zu ziehen.

Über Zugangsschwierigkeiten zum Haschisch wird nicht berichtet. Die Heimlichkeit des Tuns wird als gegeben, aber lästig angesehen. Ermahnungen und Stigmatisierungsversuche seitens der Eltern oder Pädagogen erscheinen angesichts der eigenen Erfahrungen als durchweg unglaubwürdig.

Die Ernsthaftigkeit und Offenheit dieser Gespräche zeigte, daß Mädchen, die selbst "kiffen" bzw. haschischrauchende Freunde haben, dieser Droge mehr positiv gefärbte Bedeutungen zuschreiben - ihr aber auch mehr kritischen Respekt entgegenbringen - als etwa Nikotin oder Alkohol. Sie sehen, daß der leichte Zugang und die entspannten Situationen, die sie "bekifft" erleben, ihre Eigenverantwortlichkeit und Selbstkontrolle in größerem Maße fördern als dies bei den kulturell verankerten und sozial weit stärker legitimierten Genußmitteln der Fall ist.

2.4 Medikamentenkonsum und Selbstmedikation

In allen Altersgruppen wird über eigene Erfahrungen mit Medikamenten, aber auch anderen Heilmitteln berichtet, wobei sich deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Ausbildungsgruppen herauschälen. Mit zunehmendem Alter wird der eigene Medikamentenkonsum und die Einstellungen zur Selbstmedikation familienunabhängig: die Lebenssituation bestimmt Grad und Funktionen der Selbstmedikation.

12 - 14 Jahre

Im Umgang mit Medikamenten und Heilmitteln zeigt sich ein deutlicher Gegensatz zwischen Haupt- und Gymnasialschülerinnen. Bei letzteren wird zu Hause meist auf Medikamente verzichtet. Vorrätig gelagert werden Hustensaft, Nasentropfen und Sportsalben. Als konservative Heilmethoden werden Kräutertees und Dampfbäder angewandt: "Wir brauchen selten Medikamente, eigentlich wollen wir das nicht. Wir wollen am liebsten ganz ohne. Wir werden auch manchmal ohne Medikamente schneller gesund"(6).

In den Familien der Hauptschülerinnen gehören Medikamente dagegen zum Alltag. Die Mädchen charakterisieren ihre Familienmitglieder sachkundig nach Krankheiten und dazugehörigen Medikamenten. Heilmittel wie Dampfbäder werden nur nebenbei erwähnt: "Wenn einer krank ist, kriegt er Tabletten und muß im Bett liegen. Wenn es schlimm ist, gehen wir zum Doktor" (4). In drei von fünf Haushalten werden Kopfschmerztabletten genommen, ein Mädchen bekommt von ihrer Mutter sogar "seit ein paar Jahren, aber ganz selten mal eine halbe Kopfschmerztablette" (1).

Sowohl von Haupt- als auch von Gymnasialschülerinnen werden Großeltern erwähnt, die Kräuter sammeln. Akzeptieren die Gymnasialschülerinnen den Sinn dieser Tätigkeit, lehnen die anderen Jugendlichen (im Einklang mit ihren Eltern) das Bemühen der Großmütter ab: "Sie ist dafür, daß wir so was im Haus haben, sie sagt, früher hat man das auch so gemacht. Aber wir nehmen das nicht" (6).

Auffällig ist, daß sämtliche Mädchen unabhängig von ihrem Ausbildungsstand die jeweiligen mütterlichen Handlungsweisen voll akzeptieren und inhaltlich übernehmen.

15 - 16 Jahre

Die Mädchen dieser Altersgruppe sehen die häuslichen Gepflogenheiten im Umgang mit Medikamenten kritischer und grenzen sich teilweise von den Eltern (die auch nicht immer einer Meinung in diesem Punkt sind) ab: "Bei uns werden wahnsinnig viele Medikamente genommen. Meine Mutter meint es gut und will alles immer ganz schnell wegstreichen. Aber ich merke, daß es mir nichts nützt und versuche es in letzter Zeit zu reduzieren. Ich versuche es mit Naturheilsachen" (14). Vier der fünf Gymnasialschülerinnen sind der Meinung, daß zu Hause "selten" Medikamente genommen werden: "Wegen ein bißchen Schnupfen nimmt bei uns keiner was" (12).

Anders stellt sich die Situation in den Familien der Gesamtschülerinnen dar. Sie berichten, daß im Medikamentenschrank "viel Zeug", v.a. Kopfschmerztabletten und Psychopharmaka angesammelt werden. Ein Mädchen macht sich Gedanken um ihre Mutter: "Meine Mutter hat mal eine Zeitlang sehr viele Tabletten genommen (Psychopharmaka), und ich weiß nicht, ob sie das jetzt noch macht, aber ich glaube schon. Manchmal hat sie Depressionen, und da habe ich Angst, daß wir vielleicht zu viele Tabletten im Haus haben. Ich habe eine totale Abneigung gegen Tabletten" (17).

Unter besonderen Umständen nehmen allerdings zwei Mädchen auch Kopfschmerztabletten, "wenn es nicht mehr auszuhalten ist" (15,19). Trotz der Unterschiede im häuslichen Umgang mit Medikamenten versucht ein großer Teil der 15-16jährigen, körperliche Beschwerden zunächst durch Dampfbäder und Heilpflanzenöl zu lindern.

Während die eher kritische Einstellung ihrer Familien gegenüber Ärzten von den Gymnasialschülerinnen geteilt wird, berichten alle Gesamtschülerinnen von häufigen Arztbesuchen ihrer Mütter. Alle Mädchen stimmen aber der von einer Be-

fragten vertretenen Auffassung zu, daß "Tabletten bei vielen Beschwerden nicht helfen, weil die seelisch bedingt sind" (17).

17 - 19 Jahre

In dieser Altersgruppe machen sich Unterschiede an den unterschiedlichen Lebenslagen der Mädchen fest, nicht länger an häuslichen Gepflogenheiten der Selbstmedikation. Für alle Mädchen gilt aber, daß sie eigene Vorstellungen im Umgang mit Schmerzen und Krankheiten, wenn nötig auch gegen den Willen der Mütter, durchzusetzen versuchen. Ein "totales Medikamentenverbot" seitens der Eltern wird als "übertrieben" bezeichnet. Kopfschmerztabletten werden daher heimlich genommen: "Das Kopfweh geht dann schnell weg, und das ist angenehm. Auch wenn meine Mutter sagt, daß ich das nicht machen soll, mache ich es halt, wenn es so weh tut" (21).

Umgekehrt versuchen die Töchter auch Einfluß auf ein Zuviel an Medikamenten in der Familie zu nehmen: "Meine Mutter hat mit alten Hausmitteln überhaupt nichts am Hut. Aber diese dauernde Penicillinschluckerei ist doch schädlich. In letzter Zeit habe ich ein paar Sachen, z.B. mit Kamille inhalieren, selbst eingeführt. Wenn ich das bei anderen Leuten sehe, finde ich das sympathisch und will auch so was machen" (24).

Medizinische Informationen in Zeitschriften werden aufmerksam gelesen und diskutiert. Vier der befragten Mädchen sind aufgrund eigener Erfahrungen der Meinung, daß Ärzte "doch nur was verschreiben wollen", und daß die Sprechzimmeratmosphäre "anonym" sei. Psychopharmaka stufen alle 17-19jährigen als gefährlich und abhängig-machend ein.

Überblick

Der Umgang mit Medikamenten und Heilmitteln verändert sich für die Mädchen mit zunehmendem Alter und Reifegrad. Identifizieren sich die 12-14jährigen noch weitgehend mit häuslichen Gepflogenheiten ("wir sind gegen Medikamente" oder "wir kriegen Tabletten und müssen ins Bett") zeigt sich schon bei den 15-16jährigen Schülerinnen eine kritische Einschätzung der elterlichen (genauer: mütterlichen) Herangehensweisen. Sie befolgen nicht mehr ohne weiteres eine Aufforderung, Tabletten zu nehmen oder nicht zu nehmen, sondern orientieren sich an eigenen Erfahrungen. Die mütterliche Fürsorge wird teilweise als übertrieben und in die falsche Richtung tendierend beschrieben. Sorgen bereitet den Mädchen der mittleren Altersgruppe vor allem ein Zuviel an Medikamentengebrauch bei ihren Müttern. Teilweise versuchen die Mädchen, Einfluß auf die elterlichen Medikamentengewohnheiten zu nehmen.

Eigenständige Muster im auch medikamentösen Umgang mit Krankheiten haben die 17-19jährigen entwickelt. Sie wollen sich von niemandem mehr reinreden lassen. Um arbeitsfähig zu sein, greifen die befragten Friseurlehrlinge häufig auf Schmerztabletten zurück, selbst wenn sie grundlegende Bedenken gegen einen Medikamentenkonsum haben. Die Gymnasiastinnen äußern eine andere Motivation: sie haben "keine Lust auf Schmerz" und nehmen daher ab und zu Kopfschmerztabletten. Während bei den Auszubildenden also eine fremdbestimmte Motivation zur Selbstmedikation besteht, versuchen Gymnasiastinnen eher eigenbestimmte Zwecke zu realisieren. Mit zunehmendem Alter gewinnen aber in besonderem Maße Kopfschmerztabletten für die Selbstmedikation an Bedeutung.

3.5 Ernährungsverhalten und -gewohnheiten

Dieser Schwerpunkt wurde von den befragten Mädchen nur wenig thematisiert; Ernährung und familiäre Gewohnheiten waren offenbar kein Thema, das ein direktes Diskussionsinteresse oder besondere Gesprächsfreudigkeit auslösen konnte. Von den Mädchen wurden in diesem Zusammenhang v.a. der Konsum von Süßigkeiten angesprochen; nicht erwähnt wurden Obst und sog. Biokost. Figurfragen (also das Sich-zu-dick-fühlen) beherrschten die Gespräche in der mittleren und späten Altersgruppe. Die Relevanz einer geregelten Verdauung wurde jedoch nur von 17-19jährigen Mädchen hervorgehoben.

12 - 14 Jahre

Ob und wieviele Gedanken sich die Eltern (dabei wird aber ausschließlich von Müttern gesprochen, die offenbar für Einkauf und Zubereitung von Speisen weitgehend allein zuständig sind) um Ernährungsfragen machen, können die jungen Mädchen nicht einschätzen. Alle Befragten nennen Salate und Gemüse als regelmäßige Vitaminquellen: "Salat essen wir in Massen. Ob aber groß auf die Gesundheit dabei geachtet wird, also ich weiß nicht, das ist mir noch nicht aufgefallen" (6).

Die Hauptschülerinnen halten allerdings eine Problematisierung ihrer Essgewohnheiten allein aus einem Grund für überflüssig: "Bei uns wird halt gegessen, was auf den Tisch kommt" (5).

Süßigkeiten sollen v.a. die Gymnasialschülerinnen nicht im Übermaß konsumieren; bei Bedarf geben sie ihr Taschengeld jedoch gerade für Süßes aus. In den Hauptschulfamilien wird auf Süßigkeitenkonsum hingegen "nicht so geachtet" (2).

2 Schülerinnen berichten eher abfällig über Diät-"Phasen" ihrer Eltern: "Wenn die sich mal wieder zu dick fühlen" bzw. "Meine Mutter hat das einen kleinen Hieb weg" (9).

15 - 16 Jahre

Gesunde Ernährung wird in dieser Altersgruppe wiederum hauptsächlich mit Salat und Gemüse in Verbindung gebracht. Besondere Gedanken machen sich die Mädchen nicht um das Essen und geben die Verantwortlichkeit an ihre Mütter ab: "Ich glaube, daß meine Mutter sich schon was denkt zu dem, was sie kocht" (12). In den Familien, wo die Mütter berufstätig sind, klagen die Töchter jedoch: "Seit meine Mutter vorkocht, weil sie dann arbeiten geht, leidet das Essen" (13). Offen bleibt, ob mit dieser Aussage der Geschmack des Essens, seine Nährhaftigkeit oder die gesamte atmosphärische Situation gemeint ist.

Süßigkeiten haben für diese Mädchen an Bedeutung verloren; sie regulieren ihren Verbrauch eigenverantwortlich. Eine wesentliche Rolle spielt dabei das allgemeine Bedürfnis, nicht zu dick werden zu wollen. Ausdrücklich betonen die 15-16jährigen, daß ein elterliches Süßigkeitenverbot eher das Gegenteil von dem erreicht, was intendiert ist: "Man soll den Kindern schon sagen, was gesund ist und was nicht, und sie sollten nicht so viele Süßigkeiten essen. Aber das nicht im Übermaß sagen, weil es dann doch erst für die Kinder richtig interessant wird und sie ihr frischverdientes Taschengeld in Süßes umsetzen" (17).

Einige Mädchen berichten, daß sie ab und zu selber kochen. Einkaufskriterien dafür sind nach ihrer Aussage "alles, was einfach und schnell geht und gut schmeckt" (16).

17 - 19 Jahre

Elterliche Eßgewohnheiten haben keinerlei Bedeutung mehr für die älteren Mädchen. Sie wollen selbst bestimmen, was sie essen und achten auch selbst darauf, "daß ich nicht zu viel Scheiß esse" (22). Erstmals wird in dieser Altersgruppe die Notwendigkeit einer geregelten Verdauung für das Wohlbefinden herausgehoben: "Da tut es mir dann auch gut, mal einen Tag lang nichts zu essen" (21).

Für alle 17-19jährigen hat eine Berufstätigkeit der Mütter (für Auszubildende speziell noch die eigene Arbeitssituation) entscheidenden Einfluß auf die persönlichen Eßgewohnheiten: "Es ist halt ein Problem mit dem Arbeiten. Was man auf die Schnelle kocht, und ob das dann noch gut ist? Es ist ja auch ein total falscher Rhythmus drin, wenn man einmal am Tag voll reinstopft und sonst überhaupt nichts mehr isst." (28).

Überblick

Die Ernährung spielt im (Gesundheits-)Bewußtsein der von uns befragten Mädchen eine überwiegend untergeordnete Rolle. Die 12-14jährigen gehen davon aus, daß ihre Mütter "sich schon etwas dabei denken". Über Ernährung wird in den Familien der Hauptschülerinnen nicht gesprochen, da "gegessen wird, was auf den Tisch kommt". Während den jungen Gymnasialschülerinnen Süßigkeiten in kontrolliertem Maße erlaubt werden, achtet bei den anderen Mädchen niemand auf deren Süßigkeitenverbrauch. Gesunde Ernährung wird von allen Befragten primär mit Gemüse- und Salatverzehr in Zusammenhang gebracht.

Der Süßigkeitenbedarf reguliert sich bei den Älteren, d.h. 15-19jährigen nach eigenen Bedürfnissen und Wünschen. Sie

äußern verstärkt, daß sie allgemein auf ihr Gewicht achten. Kochen sie selbst, ist ihnen wichtig, daß die Zubereitung der Nahrung schnell geht und gut schmeckt. Gymnasialschülerinnen aller Altersgruppen sind dabei noch enger an die elterlichen Eßgewohnheiten gebunden: sie stellen die "Kochkünste" ihrer Mütter weniger in Frage. Die Friseurlehrlinge dagegen problematisieren die eigenen, vorrangig dem Arbeitsrhythmus angepaßten Eßgewohnheiten. Grundsätzlich haben aber alle älteren Mädchen einen eigenen "Eßstil" gefunden und erläutern, welche Nahrungsmittel ihnen subjektiv gut tun und auf welche bewußt verzichtet wird.

3.6 Risikobereitschaft

Die Bandbreite der Definitionen , wo vermeidbare oder bewußt eingegangene Risiken das Leben der Mädchen berühren, wurde in allen Gruppen mit großer Bereitschaft und starker emotionaler Einfärbung vorgetragen. Mit dem Begriff des Risikos werden nicht nur körperliche bzw. präventivmedizinisch interessierende Gefährdungen oder Verletzungen assoziiert. Der Risikobegriff ist in starkem Maße ausgeweitet auf Berufs- und Alltagsprobleme, die (in besonderem Maße bei den Älteren) bis zur Angst vor einem Krieg reichen.

12 - 14 Jahre

Die Hauptschülerinnen betonen, daß sie sich eher "vorsichtig" verhalten. Verletzungen in der Kindheit werden rückblickend als "Dummheit" bezeichnet: "Jetzt bin ich groß genug und passe besser auf mich auf!" (5). Besondere Vorsicht ist nach Einschätzung der Mädchen allerdings geboten, wenn sie mit Jungen spielen: "Die machen immer so blödes Zeug" (2). Jungen sind für die Hauptschülerinnen in der Regel Raufbolde: "Sie schlagen sich gern, sie machen gerne gefähr-

liche Sachen, um anderen zu imponieren" (4). Ihre eigene Vorsicht verteidigen sie dagegen offensiv: "Wenn jemand vorsichtig sein will, da sagen die anderen gleich: 'Du bist ja feige!', aber man will ja nur aufpassen, daß einem nichts passiert" (1).

Ihre alltäglichen Verantwortlichkeiten und Herausforderungen - z.B. auf kleinere Geschwister aufpassen zu müssen oder das Schwänzen von Schulstunden - werden nicht als Risiken definiert. Der Begriff des Risikos bleibt in dieser Altersgruppe noch auf mögliche äußere körperliche Verletzungen beschränkt.

Die Handlungsräume der Gymnasialschülerinnen sind schon aufgrund der Tatsache, daß sie allesamt Freizeitsport betreiben (Tennis, Reiten und Leichtathletik), stärker auf Risiken ausgerichtet. Bis auf ein Mädchen, das zwar Tennis spielt, aber "keine gefährlichen Sachen mehr mitmacht" (11), riskieren alle körperlichen Einsatz im Sport. Verletzungen halten sie dabei nicht ab: "Bei mir ist es auch Neugierde. Wenn ich mal 'ne schlechte Erfahrung gemacht habe, probiere ich es lieber nochmal. Es kann ja sein, daß man nur mal Pech gehabt hat, was dann beim nächsten Mal wieder funktionieren könnte" (8). An Verletzungen in der Kindheit können sie sich gut erinnern und erklären selbstbewußt: "Kinder müssen die Sachen doch noch ausprobieren. Die lernen ja noch viel mehr Sachen ganz neu" (7).

Die Mädchen fühlen sich den Jungen gleichwertig und halten diese nicht für mutiger als sich selbst, denn: "Die müssen sich auch oft überwinden" (9). Die 12-14jährigen machen die Erfahrung, daß Jungen "in unserem Alter noch nicht stärker sind als wir" (7).

15 - 16 Jahre

Vorherige Statusunterschiede in der Risikobereitschaft verschwinden in dieser Altersgruppe; sämtliche Mädchen, ob aus Gymnasium oder Gesamtschule machen eigene Risikoerfahrungen. Sie befinden sich in der "Ausprobierphase" und testen ihre Möglichkeiten und Grenzen aus.

Bis auf eine Befragte, die aufgrund schlechter Erfahrungen jedes Risiko vermeiden will - diese Entscheidung aber negativ formuliert als "ich bin ein Angsthase!" (14) - führen sämtliche Mädchen unterschiedliche Risikobereiche auf, denen sie sich stellen. Deutlich wird dabei zwischen "verrückten kleinen Risikos, wo ich keine Angst um mein Leben habe" (20) und einer "Dummheit" unterschieden. Bewußt Verbote der Eltern zu übertreten, um Freiräume zu erreichen, sehen sie ebenso als Risiko an wie den nächtlichen Schwimmbadbesuch, wo sie über Zäune klettern müssen. Ohne Helm Motorrad zu fahren, halten sie hingegen für eine "Fahrlässigkeit", da besonders die anderen Verkehrsteilnehmer unberechenbar seien.

Sich etwas beweisen zu wollen, etwas zu schaffen, was sie sich u.a. für den zukünftigen Beruf vernehmen, spornt die 15-16jährigen ebenfalls an, Risiken einzugehen: "Ich brauche das für mich, um zu wissen: 'Schau mal, was du kannst!' Nicht für die Leute drum herum, sondern nur für mich. Das gibt mir Kraft. Da weiß ich, daß ich lebe" (18). Alle Mädchen gehen davon aus, daß Jungen selbstschädigende Risiken eingehen, weil "sie sich mutiger zeigen müssen als sie wirklich sind" (19).

Diskutiert wird lebhaft über die Konsequenzen der frühkindlichen Erziehung. Die Mädchen halten Risikobereitschaft für anerzogen und fühlen sich als Mädchen benachteiligt: "Die Eltern erziehen uns Mädchen doch mädchenhaft. Also: 'Du

sollst nicht rumtollen!'. Bei Jungs sind sie stolz, wenn die sich prügeln. Er kriegt das Mofa und kommt in den Sportverein; ein Mädchen kommt ins Ballett" (17).

17 - 19 Jahre

Die Diskussion in beiden Gesprächsgruppen (Gymnasiastinnen bzw. Auszubildenden) verlief sehr unterschiedlich. Ihre Prägung durch verschiedenartige Alltagserfahrungen wurde überdeutlich.

Für die Gymnasialschülerinnen hängt die Risikobereitschaft nicht von der Geschlechtszugehörigkeit, sondern von der Persönlichkeit und individuellen Geschichte ab. Dennoch meinen sie, daß Jungen bzw. Männer "so tun" müssen, als wären sie mutig: "Dabei stehen die unter einem unheimlichen Zwang. Die haben doch genauso viel Angst wie wir" (23). Die Mädchen kennen ihre Ängste und können sie auch untereinander thematisieren. Um etwas Neues auszuprobieren sind sie bereit, eigene Ängste zu überwinden. Reisen wollen sie machen, auch gleichberechtigt nachts auf der Straße sein können: "Das ist so Scheiße, nachts immer Angst haben zu müssen. Aber zu Hause bleiben, da kriegst du ja vom Leben nichts mit!" (24).

An einem Punkt hört für die Gymnasialschülerinnen indessen die Risikobereitschaft auf. Sie wollen nicht ungewollt schwanger werden, weil sie dann gezwungen wären, über einen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden oder wegen eines Kindes ggfs. eigene Lebenspläne aufgeben zu müssen: "Ich glaube, daß Jungs da viel risikobereiter sind, wenn sie mit einem Mädchen schlafen. Bei mir ist da eine Grenze: nicht ohne Verhütungsmittel. Die Jungs sind da radikaler, aber wenn ein Mädchen schwanger ist, hat es es den ganzen Trouble allein" (26).

Risiken wie Reisen oder Sexualität werden von den Friseurlehrlingen im Gegensatz dazu nur beiläufig thematisiert. Sie betonen ihre eigenen, starren Alltagsnotwendigkeiten und stellen Risiken in diesen Zusammenhang: "Das normale Leben ist doch schon ein Risiko, und da geht es uns Mädchen genauso wie den Männern" (27). Sie betonen die Verantwortlichkeit anderen Menschen gegenüber, die das eigene Handeln mitbestimmt: "Beim Eingehen von Risiken denkt die Frau meist klarer darüber nach als der Mann. Sie wiegt die Vor- und Nachteile ab" (30).

Freunde, die sich etwa zu einem "besoffenen" Fahrer ins Auto setzen, halten sie für "verrückt". Als Erweiterung des Risikobegriffs kommt die berufliche Zukunft hinzu: "Mit dem Berufsrisiko und dem Geldrisiko ist das was anderes. Ich möchte vielleicht später ein eigenes Geschäft haben, und das ist ja dann auch ein großes Risiko" (27)

Als fragwürdig riskantes und dabei vornehmlich Männern anzulastendes Unternehmen bezeichnen die Friseurlehrlinge den Krieg: "In den Krieg gehen und Leute abknallen, einfach so, das würden Mädchen nicht machen!" (31).

Überblick

Die Wahrnehmung möglicher Risiken ist geprägt von unterschiedlichen Erziehungsstilen und Lebenserfahrungen. Freiräume bieten den Mädchen eine Möglichkeit, ihre eigenen Grenzen zu erfahren und zu erproben. So ermöglicht der Freizeitsport jungen Gymnasialschülerinnen, ihren Körper bewußt einzusetzen und mit ihm Leistungen zu vollbringen sowie Risiken überschaubar zu halten. Diese Erfahrungen sind den Hauptschülerinnen jedoch nicht nachvollziehbar. Der eigene Körper wird von ihnen als unberechenbar angesehen, und sie müssen "auf sich aufpassen". Aus diesem, strukturell bedingt

unterschiedlichem Selbstbewußtsein erklären sich auch die zwischen den beiden Ausbildungsgruppen auseinanderklaffenden Risikobeurteilungen über gleichaltrige Jungen.

Die überwiegend außerhäusliche Freizeitgestaltung der 15-16-jährigen erweitert den eigenverantwortlichen Handlungsspielraum. In der Peergroup "kleine verrückte Risiken" einzugehen, gibt nicht nur dem Gemeinschaftsgefühl die nötige Spannung, sondern ermöglicht den Mädchen auch, mit Ängsten umzugehen und eigene Grenzen zu setzen. Sie grenzen sich deutlich von Jungen jedweden Alters ab, wenn diese offensichtliche Gefahren ignorieren. Kritisiert wird von den Mädchen denn auch das unterschiedliche Erziehungsverhalten von Eltern Jungen und Mädchen gegenüber.

Die Differenzen in den Gesprächsschwerpunkten bei den älteren Auszubildenden und Gymnasialschülerinnen verdeutlichen deren unterschiedliche Lebenslagen. Haben die Schülerinnen Ferien und die Möglichkeit zu verreisen, bietet der Arbeitsalltag der Friseurlehrlinge weitaus weniger Möglichkeiten, sich risikofreudig darzustellen (z.B. aufgrund des Nicht-Fehlen-Dürfens). Erzählen die Schülerinnen vom Ausprobieren oder Grenzenfinden, halten die Auszubildenden ihr "normales" Leben dagegen bereits für risikoreich genug. Sie benötigen Überschaubarkeiten und wägen Vor- und Nachteile ihres Handelns so weit wie möglich im vorhinein ab. Sexualität als Risikofaktor, also eine ungewollte Schwangerschaft als Belastung des weiteren Lebens, erwähnen nahezu alle Mädchen in dieser Altersgruppe.

Unabhängig von Alter und Sozialisation stellen jedoch sämtliche Mädchen die sog. Mutproben der Jungen bzw. Männer, dabei v.a. ihr "Imponiergehabe", eindeutig in Frage.

4. GESUNDHEITSKONZEPTE UND KÖRPERERFAHRUNG

4.1 Subjektives Gesundheitskonzept und Krankheits- erfahrungen

Über Krankheit zu reden und in Erfahrung zu bringen, was die anderen Mädchen dazu denken, war für alle Altersgruppen neu und ergiebig. So war auch die durchgängige erste Reaktion auf den Fragenkomplex: "Da hab ich mir noch nie Gedanken gemacht". Umso aufschlußreicher sind die Aussagen der Befragten, die durch alle Altersgruppen hindurch, jedoch mit zunehmendem Alter immer differenzierter, den gleichen Grundgedanken widergeben.

12 - 14 Jahre

Eigene Krankheitserfahrungen beschränken sich in dieser Altersgruppe auf Kinderkrankheiten, die ihrer Meinung nach aber keine "richtigen" Krankheiten sind. Gesundheit wird als selbstverständlich erachtet, alle fühlen sich gesund. Ihre Definitionen von Gesundheit zentrieren um das persönliche Wohlbefinden: "Wenn es mir halt gut geht, wenn ich mich wohlfühle" (1) oder "Wenn man sich halt nicht so 'dätschig' und schlecht fühlt, wenn man Lust an etwas hat" (7).

Zwar ist keines der Mädchen schon einmal richtig krank durch Ärger zuhause oder in der Schule geworden, sie erleben allerdings seelische Belastungen als Auslöser körperlichen Unwohlseins: "Wenn man so unlustig ist, dann ist man zwar nicht schwerkrank, aber dann ist man auch nicht so ganz gesund" (3). Sie wollen in diesem Zustand Ruhe, sich eine Decke über den Kopf ziehen können. Im engeren oder weiteren Familienkreis kennen diese Mädchen aber Erwachsene, die durch Ärger oder Angst körperlich erkrankten. Mehrmals wird als Beispiel "Migräne" angeführt. Die Mütter haben "öfter mal

Kopfweh" und müssen sich hinlegen.

Ernsthafte Krankheitserfahrungen im Familienkreis erlebten vier Mädchen. Sie sorgen sich und wünschen sich, die Schmerzen lindern zu können. Sie wollen Trost aussprechen und greifen auf die Beruhigungen der Erwachsenen zurück: "Ach was, das wird wieder, die Kinder brauchen dich und jetzt mußt du stark sein. Lauter so'ne Sachen sag ich dann, die eigentlich jeder zu 'ner Kranken sagt, aber irgendwie hilft ihr das, glaub ich" (1). In den nicht persönlich von schwerer Krankheit betroffenen Familien wird über Krankheit nicht geredet, über Möglichkeiten der Gesunderhaltung jedoch auch nicht.

Angst äußern die Mädchen dieser Altersgruppe vor "unheilbaren" Krankheiten, über die sie in den Illustrierten lesen: "Ich habe am meisten Angst vor unheilbaren Krankheiten. Da liest man auch immer so viel drüber: der schreckliche Tod und so Zeug. Die machen einem ja direkt Angst. Und dann erfährt man mehr darüber, und dann kriegt man auch immer mehr Panik: 'Hoffentlich krieg ich das jetzt nicht'"(10).

15 - 16 Jahre

Die bewußte Wahrnehmung des eigenen Körpers ist , sowohl bei den Gesamtschülerinnen als auch bei den Gymnasialschülerinnen, in dieser Altersgruppe schon sehr viel präziser. Gesundheit ist nicht mehr selbstverständlich; sie erscheint bedroht durch selbstverursachte Schädigungen und seelische Konflikte. Gesundheit bedeutet: "Wenn ich mich wohlfühle und von mir selber glaube, daß ich gesund bin" (15).

Mögliche Auswirkungen seelischer Belastungen auf die körperliche Gesundheit werden lebhaft, z.T. aus eigener Erfahrung, kommentiert: "Wenn man seelisch nicht so gut drauf ist, und

man merkt, daß man Halsweh kriegt, dann flüchtet man sich irgendwie in die Grippe rein, um sich selbst zu beruhigen oder damit man Aufmerksamkeit auf sich lenkt. Das kenne ich auch von meiner Oma" (15). Die zunehmenden Auseinandersetzungen mit den Eltern, der "Schulstreß" und Streit mit Freunden schlagen einigen Mädchen "auf den Magen". Sie wollen dann, wie die 12-14jährigen, erst einmal Ruhe und eine "Decke über den Kopf".

Gespräche über das eigene Befinden sind auch in diesen Familien überwiegend nicht üblich. Darunter leiden einige dieser Mädchen. Sie suchen das Gespräch und stellen v.a. die gebräuchliche Selbstmedikation in Frage: "Da helfen keine Tabletten, da muß man drüber reden können" (20). Die Sprachlosigkeit in den Familien wird teilweise als bedrückend erlebt. Dabei ist jedoch zu konstatieren, daß sich eigene Verhaltensweisen von der Sprachlosigkeit der Eltern nicht unbedingt abheben: "Meine Mutter, da weiß ich nie so genau, wie krank sie ist und was sie hat. Über Krankheiten wird selten bei uns geredet. Wenn es ihr mies geht, legt sie sich halt ins Bett. Ich habe oft Kreislaufstörungen, da fällt es mir eigentlich nie ein, das zu sagen. Ich behalte es immer für mich. Ich glaube, ich habe es einfach so gelernt, ich kann es gar nicht mehr anders machen" (17).

Ein Vater und eine Mutter sind nach Aussagen ihrer Töchter krebskrank. Die Bedrohung wird erlebt und erzeugt den Wunsch, helfen zu können: "Wir haben sie halt ziemlich lange gepflegt und passen jetzt noch ziemlich stark auf sie auf. Wir haben immer noch Angst, daß sie wieder Krebs kriegt" (18). Die Sorge um den kranken Vater belastet das Alltagsleben: "Ich leide schon darunter, weil auch die Stimmung generell tiefer und trauriger ist" (14).

Als für sich selbst bedrohliche Krankheit werden Krebs, AIDS, Lungenentzündung, Verkalkung und Hirnhautentzündungen genannt. Darüber hinaus kommen körperliche Behinderungen zur

Sprache, die die Sinneswahrnehmung einschränken würden: "Ich fürchte mich davor, blind zu werden - weil ich alles mit den Augen mache" (20). Von sich aus sprechen die Mädchen die "Strahlenkrankheit" an. Sie bewerten die Folgen des Reaktorunfalls in Tschernobyl nicht nur organisch, sondern auch moralisch-ethisch als "eine Gesundheitsgefährdung für alle, die ungerecht ist"(16).

17 - 19 Jahre

In beiden befragten Gruppen kommt es zu lebhaften Diskussionen um den Begriff Gesundheit. Die Alltagserfahrungen und -belastungen von Gymnasialschülerinnen und Auszubildenden gehen allerdings weit auseinander. Einig sind sich alle Mädchen über einen erweiterten Gesundheitsbegriff: "Gesundheit ist für mich ein Zustand, wo man sich wohlfühlt, also so rundherum wohl, wo man auch nichts psychisch verdrängen muß" (26).

Ob Rauchen oder häufiger Alkoholkonsum aus Menschen kranke Individuen macht ist Gegenstand heftiger und kontroverser Diskussionen. Für die einen sind ausschließlich "Sportler, die sich aus Zigaretten, Alkohol und anderen Drogen überhaupt nichts machen" (29) richtig gesund, während andere Mädchen sagen: "Für mich gehören zu den gesunden Leuten auch Raucher, solange sie wissen, wieviel sie rauchen können. Wenn jemand eine schwarze Lunge hat, ist er für mich nicht mehr gesund" (23). Selber einschätzen zu können, wieviel dem eigenen Körper zugemutet werden kann, also selbstverantwortlich mit der persönlichen Gesundheit umzugehen, wird von allen als entscheidender Faktor erachtet.

Beschränken sich die "psychischen Tiefs" der Gymnasialschülerinnen auf "Streß" in der Schule und mit den Eltern, der das Allgemeinbefinden für kürzere Zeit beeinträchtigt,

schildern die Auszubildenden einen engen Zusammenhang zwischen "unglücklicher Liebe" und Krankheiten sehr ausführlich - anhand selbst erlebter Situationen oder Erfahrungen im Bekanntenkreis. Eine 19jährige, die sich aufgrund einer Trennung vom Freund vor einem Jahr die Pulsadern aufgeschnitten hat, berichtet: "Wenn man verlassen ist, hängt man oft da. Vor Angst bekommt man Magengeschwüre und frißt Tabletten. Da hab ich halt Scheißdreck gemacht, hab gesoffen und das ewige, was jedem mal passiert, man will sich umbringen" (31). Ein Großteil der 17-19jährigen gibt an, daß sie in Ausnahmesituationen ihre seelischen Belastungen schon mal mit "Vollkiffen" und "Vollsaufen" kompensiert haben.

Auch in dieser Altersgruppe erleben viele der befragten Mädchen den Verlauf schwerer Krankheiten in der Familie. Sie möchten unterstützen, fühlen sich aber hilflos. Organische Leiden anzusprechen halten sie für einfacher als etwa mit der Mutter über deren Migräne zu reden: "Da fühle ich mich so hilflos und schrecke auch ein bißchen davon zurück" (24). Gesundheit und Krankheit sind in ihren Familien wiederum kein Thema. Die Mädchen reden zwar mit der besten Freundin über ihre "Wehwehchen", wenn sie das Gefühl haben, "da ist was Wichtiges". Zu Hause jedoch "wird überhaupt nicht darüber geredet, ob einem was wehtut, oder wie es einem geht" (24). Im Widerspruch dazu stehen aber Aussagen, daß die Mütter zu fürsorglich seien, und "meistens übertreiben" (28).

In beiden Gruppen werden schwere Krankheiten unterschiedlich bewertet und gefürchtet. Gehen die Gymnasialschülerinnen v.a. davon aus, daß es keinen Anlaß zur Sorge um die eigene Gesundheit gäbe - "Ich glaube nicht, daß ich sowas kriegen kann" (26) -, betonen mehrere Auszubildende dagegen, daß sie sich "umbringen würden", wenn sie erführen, daß sie unheilbar krank wären.

Überblick

Wie ein roter Faden zieht sich der Begriff des "Wohlfühlen" als Indiz für Gesundheit durch alle Gespräche. Ohne sich dessen bewußt zu sein, artikulieren bereits die 12-14jährigen den Zusammenhang zwischen seelischem Wohlbefinden und (subjektiver) Gesundheit. In der darauffolgenden Altersgruppe wird die eigene Gesundheit schon als schützenswertes Gut angesehen. Diese Mädchen kennen den Mechanismus, aufgrund seelischer Probleme in eine Krankheit "zu flüchten", aus eigener Erfahrung. Unwohlsein wird als schwere Beeinträchtigung der "Lebenslust" wahrgenommen.

Unterschiedliche Bewältigungsstrategien im Umgang mit Gesundheit und Krankheit haben die befragten 17-19jährigen entwickelt. Die Gymnasialschülerinnen gehen davon aus, daß "nach jedem Tief ein Hoch" (22) kommt und der Körper dann wieder "fit" ist. Im Gegensatz dazu registrieren die Friseurlehrlinge, daß sich ihr Körper abends nach der Arbeit "total fertig" anfühlt und seelische Probleme sie krank machen: "Da macht doch der Kopf den ganzen Körper kaputt, und dann kannst du nicht mehr krauchen" (27).

Gesundsein gilt zunächst als selbstverständlich; darüber wird in den meisten Familien nicht gesprochen. Selbst wenn ernsthafte Erkrankungen die Familien belasten, fällt es den Mädchen schwer, die Bedrohung zu artikulieren. Alle von dieser Situation Betroffenen schildern, wie hilflos sie sich der/dem Kranken gegenüber fühlen, daß sie helfen wollen und das Bedürfnis nach Gesprächen haben. Ernsthafte Probleme im Familien- und Freundeskreis und in der Schule bedeuten für die Mädchen mit zunehmendem Alter eine wachsende Bedrohung ihres subjektiven Gesundheitsempfindens.

4.2 Körperwahrnehmung und Körpererfahrung

Über den eigenen, weiblichen Körper zu sprechen, bereitet vielen der befragten Mädchen Schwierigkeiten. Teilweise weichen sie auf Beschreibungen von Freundinnen aus: "Die X. hat einen schönen Körper, finde ich" (25). Je positiver der Bezug zu Familienangehörigen ist, desto klarer können die Veränderungen in der Körperwahrnehmung von den Mädchen geschildert werden. Erstaunt stellten viele der Befragten am Ende dieses Fragenkomplexes fest, "daß es gar nicht so peinlich ist, über seinen eigenen Körper und was man sich dazu denkt, zu reden" (21).

12 - 14 Jahre

Die relativ rapide einsetzenden körperlichen Veränderungen, (Menstruation und die Entwicklung der Brust), erleben viele Mädchen dieser Altersgruppe vorrangig als Einschnitt in ihre Bewegungs- und Handlungsfreiheit. Was ein bis zwei Jahre zuvor noch erlaubt oder zumindest von den Eltern nicht verboten wurde, wird nunmehr, für die Mädchen nicht unmittelbar nachvollziehbar, zum Gegenstand elterlicher Kontrollanstrengungen: "Auf Bäume klettern und rumtoben, das macht mir so viel Spaß. Aber meine Mutter sagt jetzt dauernd: 'Du bist doch ein Mädchen, das macht man doch nicht'. Finde ich blöde, ich will nicht so 'ne Zicke werden" (2).

In ihrem Bewegungsdrang eingeschränkt fühlen sich auch einige der sporttreibenden Schülerinnen. Sie klagen darüber, daß "das da oben beim Turnen und Rennen weh tut" (11) und die Menstruation nicht nur "Bauchschmerzen" verursacht, sondern an diesen Tagen auch auf das Schwimmen verzichtet werden muß. Bemerkungen wie "damit muß man sich halt abfinden" oder "da kann man halt nichts machen, geht ja auch allen so" (6), stehen am Ende der Aussagen über wahrgenommene Körperveränderungen.

Auf die Frage, was ihnen an ihrem Körper gefällt, reagieren Haupt- und Gymnalsialschülerinnen sehr unterschiedlich. Offensichtlich ist den Hauptschülerinnen diese Frage unangenehm. Ihre Antworten sind fast unwirsch: "Ich finde nichts gut dran" (5). Inwieweit hier die Scham, etwas Positives über sich selbst zu sagen, einer möglichen Antwortverzerrung zugrundeliegt, muß offen bleiben. Die andere Gruppe findet den eigenen Körper "okay". Sie haben durch die sportliche Betätigung weiterhin die Möglichkeit, ihre Körper als kraftvoll wahrzunehmen: "Da kann man sich so richtig austoben" (9).

In beiden Untergruppen finden sich einige der Mädchen zu dick und beziehen sich damit auf die runder werdenden Hüften und Oberschenkel. Das sich aufbauende Spannungsverhältnis zum anderen Geschlecht zeigt sich einerseits in besonderer Verletztheit über Kommentare von Jungen zu ihren sich entwickelnden Brüsten und andererseits an dem als verunsichernd erlebten zunehmendem Interesse an Jungen: "Eigentlich interessiert man sich immer mehr für Jungs. Wir reden darüber, was die so machen und wie's denen so geht. Das kam jetzt so ganz automatisch. Es ist komisch, hier darüber zu reden" (11).

15 - 16 Jahre

Die Mädchen dieser Altersgruppe beschäftigen sich gerne und ausgiebig mit ihrem Körper und seinen Wahrnehmungen. Sie haben ihn als Ausdrucksmittel erlebt, bewegen sich gern, und einige setzen ihren Körper bewußt "weiblich" ein: "Wenn mir ein Junge gefällt, dann kuller' ich mit den Augen, schlag die Beine übereinander und ziehe den Rock ein bißchen hoch. Das macht doch Spaß, das ist doch spannend" (20). Sie stehen

vor dem Spiegel und können über das Betrachten des eigenen Körpers eine Nähe zu sich selber herstellen: "Wenn's mir schlecht geht, dann stelle ich mich fünf Minuten vor den Spiegel und gucke mich an, ob ich was an mir verändern kann und probiere dann einfach rum, mit den Haaren und den Klammern und so" (17). Mehrmals wird indessen erwähnt, daß die Mütter ihre Töchter als eitel oder albern bezeichnen, wenn die Mädchen sich intensiv mit ihrem Körper beschäftigen: "Wenn ich zu meiner Mutter laufe und sage: 'Guck mal, da hab ich schon wieder einen Pickel', sagt sie: 'Meine Güte, was du für ein Theater machst!' Als ich in deinem Alter war, hatte ich für diesen Firlelfanz keine Zeit!" (18).

Daß die Menstruation auch in ihrem Leben dazugehört, wird zwar akzeptiert, aber auch als Beschränkung und "Schmierelei" (12) bezeichnet. Die Beschwerden sind unterschiedlich stark und werden durch Wärmflaschen, Schlafen oder teilweise Schmerztabletten gelindert. Ein Mädchen schildert, wie verunsichert sie war, als alle Freundinnen schon ihre Periode hatten, nur sie nicht: "Da hab ich gedacht, bei mir stimmt was nicht und wollte schon zum Arzt gehen" (13).

Obwohl ein Teil ihrer "normalen" Entwicklung, ist die Periode in anderem Kontext auch unter gleichaltrigen Mädchen noch ein Tabu. Vielen ist es peinlich, in der Schule nach Binden zu fragen, gleichzeitig ärgern sie sich aber darüber: "Man wird so erzogen, daß alles ganz rein und steril ist, mit einem Sauberkeitsfimmel von der Kindheit an. Deswegen schämt man sich, hat man Angst, daß jemand was sehen könnte" (19).

Sämtliche 15-16jährigen waren sich in der allgemeinen Ablehnung modischer Schönheitsdiktate einig: "Die Schönheitsvorschriften in den Frauenzeitschriften sind doch blöde. Da sollst du mal groß und mal klein, mal mit viel und mal mit wenig Busen sein. Da wirst du ja verrückt gemacht" (15). Diese Kritik heißt allerdings nicht, daß die Mädchen frei

von Schönheitsvorstellungen sind. Ihre Zufriedenheit mit dem eigenen Körper hängt vom seelischen Befinden ab. Einige dieser 15-16jährigen finden sich "ab und zu zu dick" und versuchen dann "ganz schnell wieder abzunehmen", indem sie wenig essen. Appetitzügler hat jedoch noch keine der Befragten genommen.

17 - 19 Jahre

Alle Mädchen betonen, daß sie früher lieber ein Junge gewesen wären, daß "man" sich aber damit "abfinden" müsse, ein Mädchen zu sein. Ein deutlicher Unterschied in der Wahrnehmung und dem Umgang mit dem eigenen Körper zeigt sich wieder zwischen den unterschiedlichen (Sozial-)Gruppen dieses Alters.

Den Friseurlehrlingen ist es besonders wichtig, "kein Fett anzusetzen" (27). Sie beobachten andere Frauen sehr genau und koppeln deren Aussehen selbstkritisch auf sich zurück: "Dann kriege ich gleich Komplexe, wenn ich so schöne Frauen sehe" (29). Viel Zeit für die Beobachtung des eigenen Körpers bleibt ihnen nicht. Für sie ist die persönliche äußere Aufmachung wichtig, denn "in unserem Beruf muß man immer tip-top aussehen" (31). Den eigenen Körper finden sie "im großen und ganzen" in Ordnung, setzen aber hinzu: "Es ist ja schon ein bisschen blöd, wenn ich jetzt anfangen, über mich selbst zu reden" (27).

Einen anderen Standpunkt vertreten die Gymnasialschülerinnen. Ihnen macht es Spaß, von den anderen Mädchen zu erfahren, wann sie ihren Körper schön oder blöd finden: "Wenn ich gut drauf bin, dann bin ich der Meinung: 'Ha ja, siehst gut aus!'", aber wenn's mir mies geht, weil alles nicht klappt, dann denk' ich: 'Äh, häßliche Tunte!' oder so. Das nervt so wahnsinnig" (23). Sie stehen gern vor dem Spiegel und verän-

dern ihr Aussehen "zum Spaß". Sie sind "mittlerweile" gern junge Frauen und finden "weibliche Ausstrahlung und Gefühle wichtiger als Schminke" (22).

Das Thema Menstruation wird in beiden Gruppen nur vereinzelt angesprochen. Einige Mädchen greifen zu Schmerztabletten, wenn sie Bauchschmerzen haben: "Wenn ich meine Tage kriege, weiß ich, da hilft mir nur 'ne 'Spalt'!" (27); andere haben "halt gelernt, damit zu leben" (26). Im Gegensatz zu den jüngeren Mädchen verknüpfen alle 17-19jährigen diesen Vorgang in ihrem Körper mit der Fähigkeit (aber auch der Angst), Kinder bekommen zu können.

Dem Körper "etwas Gutes tun" wollen alle Befragten. Heißt dies für die Auszubildenden überwiegend "am Wochenende richtig ausspannen" (28), legen sich die Gymnasialschülerinnen ohne zeitliche Einschränkungen genußvoll in die Badewanne: "Ganz lange in der Wanne liegen, mit einem Buch und Musik, da kannst du toll entspannen" (24).

Überblick

Die Möglichkeiten, den eigenen Körper mit seinen sichtbar werdenden "weiblichen" Brüsten als positiv erleben zu können, bestimmen die Körperwahrnehmungen der Mädchen. Die plötzlichen, individuell nur selten nachvollziehbaren Verhaltens- und Rollenaufgaben der Umwelt (nicht herumzutoben, sich "wie ein Mädchen" zu benehmen) verunsichern und empören die 12-14jährigen. Ihre Menstruation, über die alle Mädchen von den Müttern "aufgeklärt" wurden, erleben sie gewöhnlich als lästig und schmerzhaft. Rational dagegen akzeptieren sie die körperlichen Veränderungen als unumgänglich. Rituale oder Aufmerksamkeiten, die die Pubertät als Schritt zum Frauwerden positiv herausstreichen, wurden in ihren Familien nicht praktiziert. Das Menstruationserleben wird so für die

Mädchen mit zunehmendem Alter zu einer unabänderlichen Gegebenheit, über die zu jammern zwecklos ist.

Ein bewußter, bejahender Umgang mit dem eigenen Körper ist nicht zuletzt mit dem subjektiven Gefühl, im Bezugskreis gemocht und akzeptiert zu werden, eng verknüpft. Dies bezieht sich erst auf die Eltern, später zunehmend auf den Freund. Je größer die Freiräume des Ausprobierens sind, je mehr sich die Mädchen mit dem Körper und seinen Veränderungen experimentell beschäftigen dürfen, desto mehr Nähe zu sich spüren sie. Umso klarer finden sie auch heraus, was ihrem Körper "guttut". Eine Einschränkung im Umgang mit dem eigenen Körper drückt sich bei den Auszubildenden und Hauptschülerinnen bereits in ihren Schwierigkeiten aus, über sich selbst zu sprechen.

Sportliche Betätigung und das Tanzen bieten vielen Mädchen die Möglichkeit, den Körper als kraft- und lustspendend zu erleben. Die Integration der sexuellen Neugier in den Mädchenalltag findet überwiegend über Gespräche mit der besten Freundin statt. Die Mädchen beklagen, daß in ihrem Alltag zumeist ein geschützter Freiraum fehlt, der "intime" Gespräche möglich macht, und in dem vielleicht auch die sich mit zunehmendem Alter entwickelnde Konkurrenz hinter der Erfahrung des Austausches zurückstehen könnte.

Der Zusammenhang zwischen körperlicher Attraktivität und Sexualität wird nur von einem älteren Mädchen herausgestrichen: "Seit ich einen Freund habe, mag ich meinen Körper viel lieber als früher, ich finde ihn jetzt auch ganz schön" (24).

5. ZUSAMMENFASSUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

5.1. Methodische Vorbemerkung

In den nachfolgenden Abschnitten 5.2 und 5.3 findet sich eine gewichtete Zusammenfassung der Risikoaffinitäten und Gesundheits-/Körperkonzepte bei den von uns befragten 12-19-jährigen Mädchen. Diese Zusammenfassung ist zugleich als ein erster Interpretationsversuch anzusehen, da die entwicklungsbedingten Veränderungen in den genannten Bereichen zum einen als geschlechtsgebundene (also für Mädchen spezifische) sowie als sozial vermittelte (d.h. für Mädchen mit unterschiedlicher Lebenslage und Ausbildungsstatus geltende) Prozesse gewichtet werden. Für die Altersstufe der frühen Adoleszenz (12-14 Jahre) haben wir dabei Gymnasiastinnen und Hauptschülerinnen kontrastiert. Bei den 15/16- bzw. 17-19-jährigen Mädchen stehen Gymnasiastinnen jeweils gleichaltrige Gesamtschülerinnen bzw. Auszubildende gegenüber.*)

An dieser Stelle sind allerdings zwei methodisch begründete Einschränkungen bezüglich unserer Interpretation (bzw. einem möglichen Anspruch auf Verallgemeinerbarkeit der nachfolgenden Aussagen) vorzubringen. Unsere Untersuchung ist als qualitative Erkundungsstudie ein Forschungsvorhaben mit statistisch eng begrenzter Übertragbarkeit. Trotz aller gebotenen Sorgfalt in der Stichprobenkonstruktion kann bei einer Gesamtzahl von 31 Befragten über eine Altersspanne von 7 Entwicklungsjahren, zudem auf dem Hintergrund einer nur groben Differenzierung nach Ausbildungsstatus, keinesfalls ein Anspruch auf Repräsentativität erhoben werden.

*) Nähere Einzelheiten zur Stichprobenkonstruktion und besonderen Merkmalen der einzelnen Gruppen haben wir im Abschnitt VI.2.4 ausführlich dokumentiert.

Einen derartigen Anspruch können und wollen wir auch gar nicht vorbringen. Die Aussagen und Zusammenfassungen zur geschlechtsspezifischen (Gesundheits-)Entwicklung auf soziokultureller Folie haben vorwiegend Hinweis-Charakter für Forschung und Prävention. Sie dokumentieren einen Einblick in die subjektiven Orientierungen von Mädchen in einem Feld, das für die vorliegende Jugend- und Gesundheitsforschung sowie die klassische Gesundheitserziehung von weitgehender "Unsichtbarkeit" geprägt war (vgl. die theoretischen Vorarbeiten in den Kapiteln I - V). Diese Erkundung und Hypothesengenerierung haben wir eingeleitet: als ersten Schritt auf dem noch langen Weg zu empirisch-repräsentativen Befunden zu den mikro- bzw. makrosozialen Bedingungen gesundheitlicher Entwicklung im Kontext weiblicher Lebensgestaltung.

Eine letzte, nur vordergründig "banale" Einschränkung bleibt noch anzumelden. Auswertungsergebnisse und Interpretationen zur Mädchensozialisation in Abhebung von Jungen und jungen Männern stützen sich auf die Erfahrungen und Orientierungen der hier befragten Mädchen. Daher ist die Gefahr nicht vollständig auszuschließen, daß sich einzelne Kennzeichnungen männlicher Sozialisation u.U. als Befragungs-Artefakte (aufgrund unserer Stichprobe aus ausschließlich Mädchen) entpuppen könnten.

5.2. Risikoaffinitäten von Mädchen unter entwicklungs-spezifischer und soziokultureller Perspektive

Unabhängig von der Schichtzugehörigkeit und Region identifizieren sich die 12-14jährigen Mädchen mit elterlichen Dogmen nicht nur in Gesundheitsfragen, sondern in wesentlichen Bereichen der Lebensgestaltung. Sie akzeptieren Verbote und familiäre Lebensgewohnheiten und übernehmen diese im Sinne von: "wir machen das so ..." bzw. "wir denken, daß ...". Eine Übernahme von Verantwortung wird unterschiedlich häufig eingefordert. Die Hauptschülerinnen müssen im Haushalt mit

anpacken (einkaufen gehen, abwaschen, Geschwister hüten), die Gymnasialschülerinnen werden eher randständig, etwa zur Versorgung von Haustieren, herangezogen. Das Konfliktpotential in den Familien wird von den Gymnasialschülerinnen als gering eingeschätzt: Sie kommen mit den Eltern "super" klar, während die Hauptschülerinnen von häufigen Auseinandersetzungen zwischen den Familienmitgliedern berichten - allerdings: "meistens funktioniert es aber".

Den überwiegenden Teil der außerschulischen Zeit verbringen die Schülerinnen innerhalb der Familie und mit Freundinnen. Die Gymnasialschülerinnen verbringen die Zeit vorwiegend mit Freundinnen, mit denen sie sich auch sportlich betätigen. Drei der Mädchen berichten, daß sie einen Freund haben.

Die familiären Umgangsweisen mit Alkohol, Medikamenten und Ernährung werden sachlich geschildert. Eine deutlich distanzierte bis ablehnende Haltung zeigt sich in der Bewertung des elterlichen Rauchens sowie bei exzessivem Alkoholkonsum. Neben verbaler Abgrenzung kommt es zu demonstrativem Widerstand, v.a. in Bezug auf das Rauchen. "Qualm" und "Gestank" werden offensichtlich als Beeinträchtigung des eigenen Wohlbefindens erlebt, und dies führt zu offensivem Vorgehen der Mädchen (Fenster aufreißen, Türen zusperren). Bis auf ein Mädchen, das raucht, nehmen sich alle jüngeren Befragten vor, "nie mit Rauchen anzufangen".

In Bezug auf alle angesprochenen Themen, gehen die 12-14jährigen davon aus, daß die Peergroup, Freundinnen und Freunde, einen starken Einfluß auf die eigenen Verhaltensweisen haben. Am Beispiel älterer Geschwister, die sehr kritisch beobachtet werden, schildern sie deren Beeinflußbarkeit: "Sie haben sich überreden lassen" oder "sind verführt worden". Auch bezogen auf Alltagsdrogen sind elterliche Verbote für diese Altersgruppe noch kein Problem. Ihrer Meinung nach "stinkt" Nikotin, ist Alkohol "eklig" und sind illegale Dro-

gen "schrecklich". So fällt es den Mädchen leicht, zu sagen: "ich darf nicht, und ich will auch nicht!".

Von entscheidender Relevanz für weibliche Risikobereitschaft könnte die sportliche Freizeitbetätigung sein. Im Vergleich zu den Hauptschülerinnen, die außerhalb der Schule keinerlei körperliche Betätigung angeben und sich als wenig risikofreudig darstellen ("ich passe auf, daß mir nichts passiert"), gehen die Gymnasialschülerinnen im Freizeitsport - Leichtathletik, Reiten, Tennis - bewußt körperliche Risiken ein. Entsprechend gleichwertig erleben sie sich, im Gegensatz zu den Hauptschülerinnen, den gleichaltrigen Jungen gegenüber. Vor- und Nachteile des Erwachsenwerdens schätzen beide Gruppen gleich ein: länger wegbleiben zu können, ernster genommen zu werden, aber auch Verpflichtungen eingehen zu müssen, auf die sie noch verzichten möchten.

Die Erfahrungsräume von 15-16jährigen Gesamt- und Gymnasialschülerinnen gleichermaßen haben sich entscheidend vom engen Familienbezug fortentwickelt. Am liebsten wird die Freizeit mit Gleichaltrigen außerhalb elterlicher Einflußmöglichkeiten verbracht. Zuhause wollen sie "in Ruhe gelassen werden". Auseinandersetzungen mit den Eltern um gewünschte Freiräume nehmen zu. Ihre häufige Abwesenheit ermöglicht es den Mädchen, Vergleiche zwischen sich und den anderen zu ziehen und auch die Eltern kritischer beurteilen zu können. So trinken die meisten Eltern Alkohol ihrer Meinung nach zu geselligen Anlässen und aus Lust, aber innerhalb der engen Familie auch aus Wut und "Frust"; sie rauchen aus Gewohnheit und aus Nervosität.

Verbote verlieren zunehmend ihre Wirksamkeit - das wissentliche, wenn auch heimliche, Übertreten der elterlichen Verbote gehört zur Alltagspraxis. Allmählich werden auch persönliche Gegenpositionen zum elterlichen Wertgefüge entwickelt. Wenn sie "Lust kriegen", an einer Zigarette zu ziehen oder einen Joint mitzurauchen, tun sie es. Neugierde, ob

das, was Freunde und Freundinnen tun, ihnen auch Spaß macht, ist die entscheidende Triebkraft ihres Handelns. Zum Motiv dagegen, ein entsprechendes Verhalten wieder aufzugeben, wird die eigene konkrete Erfahrung, daß eine "Sache" nichts (mehr) bringt.

Der Wunsch, eine eigene Identität zu finden, erwachsen zu werden und zu spüren, was "mir gut tut und was nicht", trägt das Verhalten der 15-16jährigen in allen Lebensbereichen. Die mütterliche Fürsorge (zu den Vätern machen die Mädchen keine Aussagen) wird zwar bei Bedarf gerne in Anspruch genommen ("Dann geh' ich zu meiner Mutter"), aber abgelehnt, wenn sich die eigenen Vorstellungen in eine andere Richtung hin entwickeln. Deutlich wird dieses Abwenden von elterlichen Handlungsanweisungen z.B. am Umgang mit Medikamenten: "Meine Mutter meint es ja gut, aber ich merke, daß mir das nicht guttut".

Die Risikobereitschaft hat bei den meisten Mädchen in dieser Altersstufe zugenommen. Das Bedürfnis, eine eigene Identität zu finden, schlägt sich auch in der Suche nach Grenzen und experimentellen Grenzüberschreitungen nieder. Sie sprechen nicht mehr für die Familie, sondern für sich - "Ich will spüren, daß ich lebe" - und suchen "kleine, verrückte Risiken", die als gemeinsame Erfahrung im Freundeskreis Spannung bringen. Der Möglichkeit sog. Katastrophen wird jedoch gezielt aus dem Weg gegangen. Mehrheiten- oder Minderheitenentscheidungen spielen für sie keine große Rolle mehr: "Wenn ich Lust habe, mache ich mit". Ein Mädchen dieser Altersgruppe hat einen festen Freund. Die anderen sind zwar auch häufig mit Jungen zusammen, ziehen aber den sicheren, vertrauten Umgang mit der besten Freundin noch vor. Der Freundeskreis ist fest umrissen.

Alle Mädchen dieser Altersgruppe haben näheren Kontakt zu Gleichaltrigen und Älteren, die rauchen, Alkohol trinken und Haschisch konsumieren ("kiffen"). Besonders Nikotin und Al-

kohol scheinen für diese Gruppe zum Erwachsenwerden dazuzugehören; man probiert so lange, bis es schmeckt. Die Ambivalenz, einerseits die vermutete elterliche Selbstbestimmtheit auch leben zu wollen, zunehmend aber auch schärfere Kritik am elterlichen Verhalten (Verbote, Einmischungen) zu artikulieren, erhöht das Konfliktpotential im familiären Rahmen. Die Mädchen identifizieren sich nicht mehr mit den elterlichen Vorbildern, möchten aber ebenso wie die Eltern "machen können, was wir wollen".

Rückblickend bestätigen die 17-19jährigen Mädchen die zuvor beschriebenen Orientierungen und Lösungsversuche. Obwohl diese Mädchen aus extrem unterschiedlichen Situationen kommen (Gymnasium/Land vs. Friseurlehrlinge/Stadt), ähneln sich ihre Erfahrungen im Umgang mit Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen. Mittlerweile ist aus der "Probierphase" entweder ein Gewohnheitsverhalten oder eindeutige, dabei jedoch differenzierte Ablehnung erwachsen. Die Identitätsbildung und Einordnung in die jeweiligen sozialen und kulturellen Settings hat klare Formen angenommen. So beenden die Mädchen auch Freundschaften, wenn die Interessen zu weit auseinandergehen: "Entweder du hörst auf zu kiffen, oder es ist aus" bzw. "Mit dem dauernd in der Kneipe rumzuhängen tut mir nicht gut". Eine zunehmende Präzisierung eigener Wertvorstellungen und eine wachsende Sicherheit in ihrer Realisierung werden deutlich.

Häufig fällt der Begriff "Kontrolle". Kontrollierter Genuß und kontrolliertes Risiko werden angestrebt. Dies ist Folge der Erfahrung, daß "ein Zuviel" Unwohlsein beschert. Alle Mädchen (junge Frauen) sind sich darin einig, daß Jungen/Männer "viel weniger Bezug zum eigenen Körper" und deshalb weniger Verantwortungsgefühl dem eigenen Körper gegenüber haben.

Gymnasialschülerinnen und Auszubildende erleben ihr Elternhaus unterschiedlich (alle von uns befragten leben noch mit

Eltern bzw. Elternteilen unter einem Dach). Während die Haltung der Auszubildenden charakterisierbar ist als "meine Eltern haben mir nichts mehr zu sagen", gilt für die Gymnasialschülerinnen eher: "Ich komme jetzt wieder mit meinen Eltern gut klar". Damit werden Parallelen zu den Aussagen der 12-14jährigen deutlich. Zwar haben die Auszubildenden aufgrund der begonnenen Berufstätigkeit den "Schritt ins Leben" getan, sind aber existenziellen Zwängen unterworfen, denen sich die Gymnasialschülerinnen noch punktuell entziehen können (etwa in den Schulferien). Die Anforderungen und Rituale des Arbeitslebens erfordern eine Anpassung, die eigene Gesundheitsentwürfe teilweise undurchführbar macht. Besonders deutlich schlägt sich dieser strukturelle Hintergrund sowohl im Umgang mit Medikamenten - "ich schlucke halt 'ne Tablette, damit ich antreten kann"- als auch in den veränderten Eßgewohnheiten der Auszubildenden nieder.

Das Wochenend-Freizeitverhalten wiederum wird von beiden Gruppen ähnlich dargestellt: Wichtig ist ihnen, lange ausschlafen und weggehen zu können. Dabei werden Alkohol, Nikotin und illegale Drogen funktional eingesetzt: sie sollen Entspannung, Spaß und Geselligkeiten unterstützen. Alkohol und Haschisch (andere Drogen wurden nicht probiert) werden jedoch nicht allein konsumiert. Der Zigarettenverbrauch steigt v.a. in Belastungssituationen und bei Geselligkeit an.

Bei den Auszubildenden hat sich die Risikobereitschaft auf ein "im normalen Leben durchkommen" reduziert. Sie argumentieren vorrangig mit der Notwendigkeit, "als Frau den Überblick behalten zu müssen". Möglichkeiten zur Selbstbestimmung erscheinen ihnen als minimal: "da bräuchte ich jemanden, der mich mitzieht". Von einem entscheidenden Eigenanteil an der Gestaltung des gegenwärtigen und zukünftigen Lebens gehen dagegen die Gymnasialschülerinnen aus; entsprechend risikofreudig planen sie Ferien und berufliche Wünsche im Sinne eines "das werde ich auch mal ausprobieren". Von

zunehmender Wichtigkeit wird der Wunsch, Vertrauen entgegengebracht zu bekommen und von Scheinwissen und "Horrormeldungen" - auch und gerade in Gesundheitsfragen - verschont zu bleiben.

5.3 Gesundheitskonzepte und Umgang mit dem Körper in der Mädchensozialisation unter Berücksichtigung sozialer Rahmenbedingungen

Die Assoziationen zu Gesundheit bzw. Krankheit sind auf den ersten Blick überwiegend ähnlich. Alle Mädchen gehen davon aus, daß sich Gesundheit maßgeblich im Begriff des "Wohlbefindens" ausdrückt. Die 12-14jährigen orientieren sich in Ermangelung eigener Krankheitserfahrungen an Klischees und der Angst vor "Schmerz". Gesundheit ist ihnen selbstverständlich; gesundheitserhaltende Maßnahmen sind ihrer Meinung nach für Erwachsene sinnvoll, spielen aber im eigenen Handeln keine Rolle. Kinderkrankheiten gehören "halt" zum Leben dazu und werden nicht als ernsthafte Krankheiten bezeichnet.

Das persönliche Erleben schwerer Erkrankungen im Familienkreis löst Betroffenheit und Hilflosigkeit aus. Angstbesetzt sind v.a. die Krankheiten, die als "unheilbar" gespeichert worden sind. Die Hauptschülerinnen reagieren allein auf die Vorstellung, eine unheilbare Krankheit bekommen zu können, mit Panik. Die Gymnasialschülerinnen widmen dieser Möglichkeit wenig Raum im Gespräch. Über den eigenen Körper zu sprechen, fällt da leicht, wo körperliche Aktivitäten vollbracht werden (Sport/Tanz). Der Körper wird in diesem Zusammenhang als Ausdrucksmittel erlebt.

Starke Emotionen lösen die in diesem Ausmaß vorher offensichtlich nicht erlebten Zwänge und Einschränkungen durch die begonnene Pubertät aus. Das Wachsen der Brust, das Einsetzen der Menstruation bringen nicht nur eine neue, weil

als nicht beeinflussbar gedeutete, sondern auch kontinuierliche Erfahrung körperlichen Unwohlseins und Schmerzes mit sich. Besonders belastend kommt für die meisten der befragten 12-14jährigen die Verhaltensmaßregelung durch die Mütter hinzu, nicht herumzutoben - d.h., sich "wie ein Mädchen" zu benehmen. Bietet sich den Gymnasialschülerinnen durch die Möglichkeit (kostspieliger) sportlicher Aktivitäten eine Nische, passen sich die Hauptschülerinnen resignierend den Rollenerwartungen an. Positive Bilder im Zusammenhang mit dem sich zur Frau hin entwickelnden Körper werden von ihnen nicht beschrieben.

Alle jüngeren Mädchen sprechen einen von ihnen vermuteten Zusammenhang von körperlicher und seelischer Gesundheit an.

In Erinnerung an den Beginn der Pubertät untermauern die 15-16jährigen Mädchen die erlebten "Bewegungseinschränkungen", indem sie sich v.a. über die größeren Bewegungsfreiräume von Jungen gegenüber Mädchen empören. Die Intimität der Frage nach der Wahrnehmung des eigenen Körpers irritiert die Altersgruppe nicht so sehr wie noch die 12-14jährigen. Das Betrachten des eigenen Körpers vor dem Spiegel und ein allgemeines Ausprobieren und Einstudieren "weiblicher" Bewegungsformen werden bedeutsam (wobei nicht in erster Linie das Motiv der "Eitelkeit" durchbricht, wie einige der Mütter unterstellen, sondern der Wunsch, Nähe zum Körper durch Betrachten herzustellen und durch Konzentration auf den Körper seelische Tiefs in den Griff zu bekommen). Der Körper wird mehrfach als Hülle der Seele beschrieben.

Mädchen, die Veränderungen an ihrem Körper feststellen und äußern dürfen, machen präzisere Aussagen zu dem, "was meinem Körper guttut und was nicht". Wie schon bei den 12-14jährigen zeigt sich, daß die elterliche Forderung, Veränderungen am Körperbild einerseits zu negieren, andererseits aber durch "angemessenes" Verhalten respektieren zu sollen, bei den Mädchen ausschließlich Negativ-Assoziationen zur Körper-

selbstwahrnehmung auslöst.

Je älter die Befragten werden, desto differenzierter werden ihre Aussagen zu Krankheiten. Das Ausmaß subjektiven Erlebens körperlicher Störung hat bei den 17-19jährigen deutlich zugenommen. Gesundheit wird ein schützenswertes Gut, weil Störungen die Kommunikations- und Bewegungsfreiräume mindern. So werden Behinderungen wie Blindheit oder Lähmung in den Katalog der angstbesetzten Krankheiten mitaufgenommen. Die Dimension der Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Umweltgifte, atomare Bedrohung und Kriege kommt deutlich zur Sprache. Auf dem Hintergrund solcher "nicht beeinflussbaren" Krankheitsfaktoren erscheint vielen Mädchen ein "übertriebene" Gesundheitsverhalten als zwecklos und unsinnig.

Gehen die Auszubildenden in dieser Altersgruppe davon aus, daß Krankheiten sie befallen könnten und sie sich lieber "umbringen" würden, glauben die Gymnasialschülerinnen an die Kraft der eigenen Gesundheit.

Erfahrungen oder Erinnerungen an gesundheitliche Aufklärung sind nur in geringem Maße thematisiert worden. Im Unterricht der 12-14jährigen wurde offenbar bisher ausschließlich auf illegale Drogen eingegangen (z.B.: "Wir Kinder vom Bahnhof Zoo"). Die 15-16jährigen erinnern sich dagegen an den Biologieunterricht, der ihnen selbst "nichts gebracht" hat. Die Gymnasialschülerinnen gehen dabei davon aus, "daß Aufklärung in der Schule für manche gut sein kann". Gespräche über Gesundheit und Krankheit oder über Möglichkeiten, die eigene Gesundheit zu unterstützen, wurden in keiner Gruppe bisher geführt. Eine Mehrzahl der Mädchen unterschiedlichen Alters und Schulbildung halten Gespräche dieser Art im Klassenverband für fragwürdig, da "die Jungen doch nur Quatsch machen". Mit einer Lehrerin, ohne die Jungen, wären sie allerdings zu Gesprächen bereit. In der Wahrnehmung der Mädchen vermischen und überlagern sich indessen gesundheitliche und

sexualpädagogische Aufklärungserfahrungen.

Am informiertesten erscheinen Mädchen, die entweder mit ihren alleinerziehenden Müttern und/oder mit älteren Schwestern zusammenleben. In diesen familiären Bezügen finden frühzeitige Gespräche über Menstruation und die Verhütung ungewollter Schwangerschaften statt.

Fast alle Mädchen berichten, daß sie früher "lieber ein Junge" gewesen wären. Mittlerweile haben sie sich damit "arrangiert", ein Mädchen zu sein. Die entsprechenden Orientierungen verändern sich mit zunehmendem Alter. Ein Vorteil des Mädchenseins drückt sich für die 12-14jährigen schichtunabhängig in schöner Kleidung aus. In der Wahrnehmung der 15/16- und 17-19jährigen kristallisiert sich allerdings eine positive, körperbezogene Identifikation mit dem eigenen Geschlecht heraus: "Mädchen zeigen mehr Gefühl und sind näher an ihrem Körper dran".

Eine eigene Berufsausbildung ist für alle Befragten selbstverständlich. Die Überlegungen zur weiteren Zukunftsplanung gehen dann aber schichtspezifisch auseinander. Wollen alle Hauptschülerinnen und Friseurlehrlinge später heiraten und auch Kinder haben (wegen der Kinder wären sie bereit, die Berufstätigkeit aufzugeben oder zu unterbrechen), legen sich die Gesamt- und Gymnasialschülerinnen nicht fest. Viele wollen zwar Kinder, aber nicht unbedingt heiraten; sie streben zuerst für sich selber Erfolge im Beruf an.

Unabhängig von Schichtzugehörigkeit und familiärer Zusammensetzung erleben alle Mädchen die einsetzende Adoleszenz und damit einhergehende körperliche Veränderungen als massiven, sie nicht nur körperlich-seelisch sondern auch sozial stark belastenden Einschnitt. Im Zuge der Entwicklung können die Mädchen unter bestimmten, in dieser Ergebniszusammenfassung dokumentierten, Bedingungen ein weibliches Selbstbewußtsein entwickeln und einen positiven Bezug zur "Weiblichkeit" ih-

res Körpers bekommen. Ob dieser Selbstbezug differenziert und ausgebaut werden kann, hängt einerseits entscheidend vom Verständnis und der Offenheit der Eltern und Pädagogen ab, ist zum anderen aber auch von der jeweiligen Integration in die - sozial zu differenzierende - Gleichaltrigenkultur determiniert. Gesellschaftliche Abwertungen (v.a. die Mädchen immer wieder unterstellte "Eitelkeit" und "Albernheit") sowie die Tabuisierung von Sexualität und Körpererleben hindern Mädchen daran, sich mit ihrem Körper zu identifizieren und sich in ihm wohlfühlen.

6. DOKUMENTATION: ZWEI EXEMPLARISCHE (GESUNDHEITS-) BIOGRAPHIEN

6.1 Vorbemerkung

Alle befragten Mädchen haben auf dem Hintergrund subjektiver Lebenserfahrungen und -verarbeitungen eigene Orientierungen und Bedürfnisse in die Gruppendiskussionen eingebracht. Da die Individualität und Komplexität der teilweise sehr unterschiedlichen Lebensgeschichten in der Auswertung der Gespräche nicht vollständig zum Tragen kommen konnte, wollen wir im folgenden zwei exemplarische (Gesundheits-)Biographien vorstellen.

Anhand der zusammengezogenen Aussagen dieser zwei Mädchen - die in extrem unterschiedlichen Familienkonstellationen und Konfliktpotentialen leben, wird deutlich, daß der biographische Umgang mit Gesundheit und Krankheit von soziokulturellen und geschlechtsspezifischen Faktoren determiniert wird. Diese Verknüpfung bleibt in der herkömmlichen Gesundheitserziehung allerdings weitgehend unberücksichtigt.

Die Wiedergabe der gesprochenen Sprache haben wir beibehalten. Auch wenn Mimik, Gesten und Betonungen nicht mit eingefangen werden konnten, geben die Transkripte einen Eindruck

von der Intensität der Situation. Die Vornamen beider Mädchen sind verändert.

6.2 Katrin, Gymnasiastin, 15 Jahre

"Ich bin 15 und wohne mit meinen Eltern in einem Zweifamilienhaus. Geschwister habe ich keine. Meine Eltern sind beide Lehrer, tagsüber also genauso lange weg wie ich. Verantwortung muß ich nur für mein Zimmer und meine Schulsachen tragen. Einen Freund, den habe ich nicht.

Eigentlich bin ich öfters daheim. Manchmal ganz gern, aber manchmal drehe ich ein bißchen durch. Da möchte ich raus und alles um mich vergessen. Mein Vater ist schwer krank, und es ist manchmal schon etwas arg traurig und trist. Er ist halbseitig gelähmt und hat im letzten Herbst noch einen Nierentumor entfernt bekommen. Er hat Krebs. Ich leide schon drunter, weil auch die Stimmung zu Hause generell tiefer und trauriger ist. Zwar geht mein Vater noch zur Schule arbeiten, aber zu Hause ist er halt wahnsinnig gedrückt. Ich glaube nicht, daß er noch lange zur Schule gehen kann. Wir reden sehr viel darüber. Ich werde einbezogen, und es wird vor mir alles ganz offen beredet, was die Krankheit angeht.

Bei uns werden wahnsinnig viele Medikamente genommen. Meine Mutter meint es gut und will alles immer schnell wegstreichen. Aber ich merke, daß es mir nichts nützt und versuche in letzter Zeit, das zu reduzieren. Also halt bei Grippe, Fieber, Schnupfen und so. Ich versuche es mit Naturheilsachen, japanischem Heilpflanzenöl und so. Meine Mutter ist davon nicht begeistert. Sie sagt zu mir: 'Selbst schuld', wenn ich mir nicht helfen lassen will. Ich finde es ein bißchen übertrieben bei uns - aber daß auf die Gesundheit geachtet wird und daß man es offen bereden kann, wenn es einem schlecht geht, das finde ich ganz gut, weil ich Leute kenne, bei denen das anders ist, wo man vorgehalten kriegt, daß man zu

leicht angezogen rausgegangen ist und so Zeug halt. Aber ich finde es schon übertrieben, was meine Mutter da praktiziert.

Meine Eltern rauchen beide, mein Vater sicher nicht mehr lange, da es so aussieht, als ob er Lungenkrebs hat. Meine Mutter raucht ziemlich stark. Meine Eltern trinken zu besonderen Anlässen oder wenn sie Besuch bekommen. Ich rauche nicht und trinke auch nicht. In gewissem Maß dürfte ich vielleicht schon, wenn ich wollte.

Mit Drogen habe ich auch keine Erfahrung und meine Freunde auch nicht. Es wird zwar ab und zu darüber geredet, aber große Bedeutung mißt man dem nicht zu.

Gesund ist, glaube ich, jemand, der sich wohlfühlt und alles machen kann, was er will. Krankheit fängt für mich als schwere Krankheit früher an als bei Krebs und AIDS. Es gibt ja auch Krankheiten, die man beheben kann, aber bei denen man sich in Lebensgefahr befindet, wie z.B. Lungenentzündung, Hirnhautentzündung und solche Sachen.

Seelische Probleme wirken sich sicher auf die Gesundheit aus. Der Meinung bin ich. Ich habe es auch öfters schon erlebt. Meistens ist es bei mir so, daß ich, wenn ich seelisch nicht ganz okay bin, bald darauf krank werde. Das kann ich schon voraussehen. Dann habe ich meist Magenschleimhautentzündung, und meine Mutter fragt mich dann, was los ist. Aber größere Bedeutung wird dem nicht beigemessen. Leute, die ich gut kenne, die helfen mir da schon wieder raus, wenn sie merken, daß es mir nicht gut geht. Das finde ich ganz toll.

Auch wenn ich Kopfweg habe, kommt gleich meine Mutter an, und dann gibt es erst einmal eine leichte Kopfschmerztablette. Meistens sage ich gar nichts mehr und nehme selber Heilpflanzenöl.

Meine Tage habe ich 10 Tage vor meinem 13. Geburtstag gekriegt. Ich habe sie wahnsinnig stark und wahnsinnig schmerzhaft. Ich bin von meinen Eltern früh aufgeklärt worden; beide sind ja Biolehrer, und im Bio-Unterricht kriegt man sowas ja auch mit. Das ist auch gut, wenn man in der Schule aufgeklärt wird, weil es sicher Eltern gibt, die den biologischen Hintergrund nicht kennen und ihren Kindern nicht vermitteln können. Es gibt sicher viele Jugendliche, die ihr Aufklärungswissen aus der 'BRAVO' entnehmen.

Mit der Ernährung ist bei uns alles ganz normal. Wenn etwas gekocht wird, was vielleicht etwas gesundheitsschädlich ist, achtet man darauf, daß man am nächsten Tag etwas reduziert, weil wir alle ziemlich gesundheitsbewußt essen wollen. Da regelt sich das schon von allein. Ab und zu habe ich Probleme mit meiner Dickheit oder Fetttheit. Aber ich mache dann einfach eigenhändige Diäten, indem ich abends nichts esse. Dann nehme ich auch ab. Süßigkeiten gibt es bei mir eh nicht. Zwischendurch esse ich nichts. Appetitzügler nehme ich nicht, um Gottes Willen!

Früher wollte ich immer gerne ein Junge sein. Ich habe Fußball gespielt und alles so gemacht, was ein Junge wollte. Aber inzwischen bin ich so schlau geworden, daß es vielleicht besser ist, ein Mädchen zu sein. Mädchen kriegen viel mehr mit, was in einem vorgeht, weil Mädchen viel mehr auffassen wie Jungs, finde ich. In manchen Situationen wäre ich schon gern ein Junge, wenn es darum geht, daß man mehr Freiheiten hat und so. Aber ein Vorteil von uns Mädchen ist, daß man vielleicht selbständiger ist und sich eher alleine in der Wohnung durchbringen könnte als ein Junge. Das finde ich eigentlich auch ganz gut.

Aber ich finde auch, daß ein Mädchen immer mehr mißbraucht wird als ein Junge. Es wird viel eher verarscht. Wenn ein

Mädchen wahnsinnig auf ihr Äußeres achtet und immer besorgt ist, gut auszusehen, heißt es gleich: 'die ist eingebildet'. Bei Jungs findet man das noch toll und anziehend. Wenn ein Mädchen zeigt, daß es denkt und was es fühlt, wird es eher ausgelacht als wenn ein Junge sich was leistet.

Ein Risiko gehe ich nicht gerne ein. Verletzen möchte ich mich nicht. Also ich bin ein Angsthase auf dem Gebiet. Ich kann mir vorstellen, daß sich Mädchen häufiger verletzen, weil sie sich zwar mutig finden, aber ungeschickt anstellen. Ich glaube, wenn ein Junge etwas Risikoreiches macht, hat er sich vorher genau überlegt, wie er das macht. Aber Sport treiben, das tut mir gut. Ich fühle mich hinterher tausendmal besser als vorher. Und dann so richtig reden, das gefällt mir auch. Oder einfach Musik hören, an nichts denken.

Am meisten beschäftigt mich z.Zt. die Schule und mein Vater. Und die Beziehung zu anderen Leuten. Ich will versuchen, das Abi zu machen und später irgendwas mit Sprachen oder eine Banklehre. Ob ich mal heiraten will, kann ich jetzt noch nicht sagen und genauso zum Kinderkriegern. Das weiß ich absolut nicht, keine Ahnung. Aber ich glaube, wenn ich das erste Geld verdiene, möchte ich ausziehen. Ich finde es aber zu Hause gut.

Erwachsenwerden ist schon gut, aber schlecht am Erwachsenwerden ist vielleicht, daß einem da immer gesagt wird: 'Du bist doch erwachsen, du mußt doch langsam wissen, was du denkst und machst!' Das finde ich eigentlich ganz gut am Jugendlichsein, daß es heißt, man kann es noch nicht genau wissen. Manchmal ist es bedrückend, immer als Jugendlicher abgestempelt zu werden, aber manchmal ist es auch besser, noch nicht erwachsen zu sein.

Ich finde es ganz gut, hier mal mit anderen über Gesundheit zu reden. Ich mache mir da schon irgendwie Gedanken, aber

täglicher Gesprächsstoff ist es unter Freundinnen noch nie gewesen. Jeder macht sich sicher Gedanken, und das finde ich auch ganz richtig. Jeder muß ja selbst wissen, was er mit seiner Gesundheit anfängt.

Ich selbst habe am meisten Angst vor Krebs, weil mein Vater das halt hat. Und da ist es Horror das zu sehen, wie die Leute langsam sterben. AIDS gehört auch dazu, aber vor dem habe ich jetzt keine Angst. Ich glaube, das könnte man eher in den Griff kriegen als Krebs. Krebs ist ja eine Epidemie, die sich immer weiter ausbreitet."

6.3 Anna, Friseurlehrling, 18 Jahre

"Ich bin 18 Jahre und wohne mit den Eltern zu Hause. Ich habe noch 2 ältere Geschwister, 11 und 12 Jahre älter. Die Großeltern wohnen separat. Ich habe Hauptschulabschluß und bin jetzt im ersten Ausbildungsjahr. Wenn es mit der Kohle hinhaut, will ich ausziehen.

Meine Mutter, die ist Altenpflegerin. Sie arbeitet im Nachtdienst, da schläft sie halt oft tagsüber. Mein Vater ist inzwischen pensioniert, weil er nach einem Arbeitsunfall Frührentner ist. Früher war er Bahnbeamter.

Bei uns zu Hause gibt es ziemlichen Knatsch, weil mein Vater Alkoholiker ist und total aggressiv wird. Da habe ich mich schon oft mit ihm geprügelt. Deswegen will ich auch so schnell wie möglich ausziehen. Wegen dem dauernden Theater habe ich auch schon das Jugendamt informiert. Aber wenn man die braucht, sind die alle nicht zu erreichen. Inzwischen hat mich der Mut verlassen; ich schau halt, daß ich selber was aufbauen kann. Ich führe mein eigenes Leben, mache, was ich will. Ich muß nur darauf achten, daß mein Zimmer in Ordnung ist.

Mit den Krankheiten bei uns sieht's so aus: Meine Mutter hat ein Nierenleiden, da bilden sich dauern neue Nierensteine. Deshalb geht meine Mutter auch regelmäßig zum Arzt. Naja, und mein Vater hat durch seinen Unfall ja sein steifes Bein. Und Nieren und Leber, alles ist durch den Alkohol kaputt. Ich gebe ihm eh nicht mehr lange.

Ich selbst gehe halt regelmäßig zum Frauenarzt, oder wenn mal eine Erkältung zu arg ist. Wenns geht, nehme ich keine Medikamente. Tabletten vertrage ich eh nicht gut, da wird mir schlecht davon. Ich probiere es mit Pfefferminzöl und so Zeug, auch wenn ich Kopfweh habe.

Zu Hause hat sich mit Medikamenten ganz schön was angesammelt, da hat meine Mutter einen ganz schönen Einblick - es ist schlimm. Weil ich die ganze Zeit zu locker angezogen bin, bin ich halt die ganze Zeit erkältet. Wenn es ernst ist, gehe ich halt lieber zum Arzt als einfach was zu schlucken.

Seit ich arbeite, hat sich da aber was geändert. Früher wurde ich von der Schule freigestellt, wenn ich was hatte. Aber seit ich arbeite, kann ich mir das nicht mehr leisten. Da wird halt mal ein Mittel genommen, das den Schmerz wegmacht. Mein Vater meint meistens, ich würde nur krank machen, weil ich keine Lust zum arbeiten hätte. Das streßt mich wahnsinnig. Wenn man krank ist, sollte man ja entspannen können. So wird es halt nicht richtig ausgeheilt, und so geht es die ganze Zeit hin und her bei mir. So richtig krankmachen tue ich erst, wenn ich Angst habe, daß ich im Geschäft umkippen könnte, aber wegen Schnupfen oder so kann man das einfach nicht mehr bringen, da fliegt man halt raus mit der Zeit. Deswegen muß man seine Einstellung zu Medikamenten einfach ändern, wenn man im Berufsleben steht.

Mit dem Essen hat sich bei mir, seit ich arbeite, nicht so viel geändert, weil ich mittags heimgehen kann und geregelt

esse. Ich habe aber, seit ich im Geschäft bin, mehr Hunger. Wie gesund unser Essen ist, weiß ich nicht, Meine Mutter ist Diabetikerin, darum wird Diät gegessen. Ich esse nur mageres Fleisch und gucke halt, daß ich viel Salat esse, weil sonst meine Verdauung durcheinander kommt.

Mit Alkohol und Zigaretten ist das bei uns so: Meine Mutter trinkt ganz selten Alkohol, nur wenn mal Festchen sind. Mein Vater hat seinen üblichen Alkoholkonsum. Und ich halt, naja, wenn ich mal weggehe, passiert es schon mal, daß ich besoffen bin. Verboten haben mir meine Eltern den Alkohol direkt eigentlich nicht. Sie haben es nur nicht gern, und zu Hause habe ich auch keine Veranlassung, etwas zu trinken. Da trinke ich meinen Saft.

Meinen ersten Zug habe ich mit 8 gepafft, und richtig angefangen zu rauchen habe ich mit 13. Meine Mutter raucht nicht. Sie haßt auch, wenn ich rauche, sie kann Rauch nicht vertragen. Mein Vater raucht seine 3 bis 4 Päckchen am Tag. Wenn ich rauche, rauche ich meistens nur in meinem Zimmer, wo ich das Fenster aufmachen kann. Aber eigentlich rauche ich zuviel, eineinhalb Päckchen am Tag.

Drogen sind bei uns ein Tabu-Thema. Ich verheimliche es halt, so gut es geht. Ab und zu rauche ich jetzt auch noch was, aber ich treibe es nicht mehr so wild, wie ich es eine Zeitlang gemacht habe. Im Winter war es extrem, aber dann ist ein Bekannter von mir bei einem Autounfall mit bekifftem Fahrer ums Leben gekommen. Das hat mich fürchterlich geschafft. Ich war ja voll in der Szene drin, und irgendwie hat mich das wachgerüttelt. Meine beste Freundin ist mir durch das Kiffen auch verlorengegangen. Sie hat ihren Freund kennengelernt und weitergekiffert und ich habe so ziemlich aufgehört und plötzlich war ich nichts mehr wert.

Jetzt bin ich mit total anderen Leuten zusammen, aber irgendwie stelle ich fest, daß fast jeder Idiot raucht, echt!

Früher waren es nur die Freaks. Ich gehe heute mit dem Kiffen auch anders um als früher. Da habe ich immer Horror gekriegt, wenn ich was geraucht habe, aber jetzt stehe ich ganz anders zu der Droge. Ich rauche halt, wenn ich gut drauf bin und dann geht es mir hinterher auch gut. Was man auf keinen Fall machen darf ist rauchen, wenn man schlecht drauf ist. Aber ich finde im allgemeinen Rauchen besser als Alkohol. Beim Alkohol hast du hinterher einen Kater und wirst aggressiv - wenn man was kiffet, ist man eher ruhig und genießt.

Gesund ist für mich jemand, der organisch gesund ist, bei dem seelisch alles stimmt, so daß er im Gleichgewicht ist. Also nichts an der Leber, keinen nervösen Magen hat, und daß er auch Sport treibt. Schwere Krankheiten sind erstmal solche, die zum Tode führen, oder solche, wo man verkrüppelt ist hinterher; das verkrüppelt kann auch nervlich sein.

Hygiene finde ich wichtig, die gehört einfach zum Wohlsein. Wenn ich nicht geduscht habe, fühle ich mich halt mal nicht wohl, auch total unsicher, wenn ich auf die Straße gehe. Die Wohnung muß halt auch sauber sein. Wenn da die Scheißbränder in der Toilette sind, das könnte ich nicht haben. Hände waschen vor dem Essen ist auch wichtig, man kann sich ja heutzutage alles holen.

Seit ich arbeite, mache ich auch gar keinen Sport mehr, früher habe ich wenigstens in der Schule Sport gemacht. Ich habe zwar mal Bodybuilding versucht, aber da fehlt mir halt die Ausdauer. Irgendwie bedaure ich es, daß ich mich nicht aufraffen kann, was zu machen. Da fehlt mir jemand, der mich anspornt. An meinem Körper entdecke ich jetzt auch gewisse Fettpölsterchen, aber im großen und ganzen bin ich mit meinem Körper eigentlich zufrieden.

Und mit der Zukunft, da warte ich erstmal auf meinen Traummann. Denn heiraten will ich nur, wenn ich den absoluten Ty-

pen finde, mit dem ich glaube, daß es wirklich was werden könnte mit dem. Ich muß mich mit ihm super verstehen und viele gemeinsame Interessen haben. Aber erst mal mache ich meine Lehre fertig. Was ich nach der Lehre mache, weiß ich nicht. Wahrscheinlich noch ein paar Jahre als Friseur arbeiten und dann gucken, daß ich irgendwie Weiterbildung machen kann.

Kinder kriegen will ich auf jeden Fall. Was es wird, ist mir egal. Ich will keine alte Mutter werden. Bei alten Müttern gibt es Generationsprobleme, junge Mütter haben es einfacher, sich mit den Kindern zu identifizieren. Erst mal nehme ich die Pille, ich will da kein Risiko eingehen. Aber ich finde es ein wahnsinniges Gefühl für eine Frau, Kinder kriegen zu können, eine Beziehung mit dem aufbauen, was du in dir hast. Wenn ich jetzt eine Kind kriegen würde, ich würde es akzeptieren. Ich würde es aufziehen, egal wie das hinhäuten würde. Ich würde auf sämtliche Ämter gehen. Aber abtreiben könnte ich nie, furchtbar."

7. ANHANG

7.1 Gesprächsleitfaden für Gruppendiskussionen G1-G6

Soziodemographische Angaben

- Wie alt seid Ihr und auf welche Schule geht Ihr (bzw. in welcher Berufsausbildung seid Ihr) zur Zeit?
- Mit welchen Familienmitgliedern lebt Ihr zusammen?
- Wie fühlt Ihr Euch in der Familie? Hält Eure Familie gut zusammen?
- Habt Ihr bestimmte Aufgaben innerhalb der Familie? Wie groß ist Euer persönlicher Freiraum zu Hause?
- Verbringt Ihr Eure Freizeit überwiegend in der Familie oder außerhalb?
- Habt Ihr zur Zeit einen Freund?

Subjektive Gesundheitskonzepte

- Was versteht Ihr unter Gesundheit? Wann fühlt Ihr Euch gesund?
- - Glaubte Ihr, daß sich seelische Probleme auf den Körper auswirken? Wenn ja, habt Ihr das selbst schon einmal erlebt?
- Wieviel Sauberkeit ist Eurer Meinung nach notwendig, um gesund zu bleiben?
- Habt Ihr in der Schule Gesundheitserziehung (gehabt) und was haltet Ihr davon?

**Persönliche bzw. familiäre Krankheitserfahrungen
und Selbstmedikation**

- Ist bei Euch zuhause öfters mal jemand krank? Wenn ja, wie geht es Euch damit?

- Wie wird in Eurer Familie mit Medikamenten umgegangen? Welche Medikamente werden wann benutzt? Bei welchen Krankheitsanzeichen wird zum Arzt gegangen?
- Was macht Ihr, wenn Euch etwas weh tut?
- Gibt es in Eurer Familie sog. Hausmittel für leichte Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?
- Wird bei Euch zu Hause über Gesundheit und Krankheit gesprochen?
- Wie empfindet Ihr den Umgang mit Gesundheit und das Verhalten bei Krankheit in Eurer Familie? Findet Ihr das gut, hättet Ihr gern etwas anders?
- Was sind für Euch richtig schwere Krankheiten?
- Gibt es Krankheiten, vor denen Ihr Angst habt?

Familiärer und persönlicher Umgang mit Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen

- Wird bei Euch zu Hause Alkohol getrunken? Wenn ja, wann und wieviel?
- Raucht jemand in Eurer Familie?
- Habt Ihr selber schon einmal Alkohol getrunken und/oder eine Zigarette geraucht? Wenn ja, bei welchen Gelegenheiten?
- Gibt es in Eurer Familie Gespräche über Alkohol und Nikotin? Gibt es Verbote für Euch?
- Sprecht Ihr zu Hause über (illegale) Drogen? Habt Ihr selbst Erfahrung damit?
- Gibt es in Eurem Freundeskreis Leute, die rauchen, Alkohol trinken oder (illegale) Drogen nehmen?

Eigenes Ernährungsverhalten und familiäre Ernährungsgewohnheiten

- Gibt es bei Euch zu Hause bestimmte Regeln, was gegessen wird und was nicht?

- Wird bei Euch zu Hause auf gesunde Ernährung geachtet?
- Wenn Ihr für Euer Essen selber sorgt/selber sorgen könntet, worauf würdet Ihr dann achten?

Körperbild, Selbstwahrnehmung, Mädchen-Sein

- Wie gefällt Euch zur Zeit Euer Körper? Was findet Ihr schön, was hättet Ihr gern anders?
- Was macht Ihr, wenn Ihr Euch zu dick fühlt? Habt Ihr schon einmal Appetitzügler oder Abführmittel genommen?
- Seid Ihr gerne Mädchen?
- Gibt es Momente, wo Ihr lieber ein Junge wärt?
- Wann habt Ihr Eure Periode bekommen und wie geht es Euch damit?
- Wann und von wem seid Ihr aufgeklärt worden?
- Sprecht Ihr mit Freundinnen oder Eltern über Euren Körper und über Beziehungen zu Jungen?
- Was ist für Euch "weiblich"? Was gehört für Euch dazu?
- Treibt Ihr in Eurer Freizeit Sport? Aus welchen Gründen?

Risikobereitschaft

- Kommt es vor, daß Ihr Euch öfters mal verletzt? Wobei?
- Gibt es Sachen, die Ihr nicht mitmacht, weil sie Euch zu gefährlich sind?
- Glaubt Ihr, daß Jungs sich häufiger verletzen als Mädchen? Weshalb?
- Gibt es Sachen, die Ihr für riskant haltet, obwohl Ihr Euch dabei nicht verletzen könnt?

Zukunftsplanung und Zukunftsentwürfe

- Habt Ihr eine Vorstellung davon, wie lange Ihr zu Hause wohnen bleiben wollt?
- Was findet Ihr gut und was eher blöd am Erwachsenwerden?
- Wollt Ihr später berufstätig sein?
- Wollt Ihr mal heiraten und Kinder haben?
- Was ist Euch für Eure Zukunft noch wichtig?

Gesprächsausklang

- Was beschäftigt Euch zur Zeit am meisten?
- Was habt Ihr gedacht, was in diesem Gespräch passiert, und wie geht es Euch jetzt?

7.2 Datenblatt

GRUPPE	Lfd. Nr.	ALTER	STATUS	REGION	FAMILIE
G1	1	12	HS	ST	F/1
	2	12	HS	ST	F/2
	3	13	HS	ST	F/3
	4	14	HS	ST	F/5
	5	14	HS	ST	F
G2	6	12	GY	L	F/2
	7	12	GY	L	F/1
	8	12	GY	L	A
	9	12	GY	L	A
	10	13	GY	L	F/1
	11	13	GY	L	F/1
G3	12	15	GY	L	F/1
	13	15	GY	L	F/2
	14	15	GY	L	F
	15	15	GY	L	F/1
	16	15	GY	L	F/1
G4	17	15	GS	ST	A/2
	18	16	GS	ST	A/2
	19	16	GS	ST	F/3
	20	16	GS	ST	F
	21	17	GS	ST	F/3
G5	22	17	GY	L	F/2
	23	17	GY	L	F
	24	17	GY	L	M/F/1
	25	18	GY	L	F/2
	26	18	GY	L	A/1
G6	27	17	AZ	ST	M/Fr/1
	28	17	AZ	ST	F/3
	29	17	AZ	ST	F/1
	30	18	AZ	ST	F/2
	31	19	AZ	ST	F/5

Legende:

HS=Hauptschule
 GY=Gymnasium
 GS=Gesamtschule
 AZ=Auszubildende
 ST=Stadt
 L =Land

 F =Familie,
 vollständige
 A =Alleinerziehende
 M/Fr=Mutter/Freund/
 Stiefvater
 G =Geschwister
 1-5=Anzahl Geschw.

VIII ZUR PROBLEMATIK MÄDCHENSPEZIFISCHER PRÄVENTION:
KRITISCHE BESTANDSAUFNAHME UND AUSBLICK

1. BESTANDSAUFNAHME I: DIE VIELFALT VERSCHIEDENER VERHAL-
TENSPEZIFISCHER PRÄVENTIONSANSÄTZE

1.1 Forschungspraktische Vorbemerkung

Prävention ist stets begründet. Zunächst liegt die allgemeine Begründung in der Logik, derzufolge es besser - und billiger - ist einzugreifen, bevor das Kind in den Brunnen gefallen ist - und das heißt hier: bevor Jugendliche sich selbst und die Gesellschaft durch riskantes Gesundheitsverhalten schädigen. Diese Logik macht Kinder und Jugendliche zur bevorzugten Zielgruppe präventiver Maßnahmen: sie gelten als noch gesund, übernehmen erst allmählich schlechte Gewohnheiten, Schäden lassen sich noch verhindern oder heilen. Prävention ist aber auch im Einzelnen (wissenschaftlich) begründet: Die Hinweise darauf, welche verhaltensinitiiierenden, oder -steuernden Faktoren zu verändern seien, um die Wirkungskette, an deren Ende problematisches Verhalten steht, zu unterbrechen, ergeben sich aus der Analyse der Verhaltensgenese. Begründet werden präventive Vorhaben also jeweils im Rückgriff auf theoretische Erklärungsansätze; damit begegnen uns in den einzelnen Präventionsvorhaben die in Kap. III dargestellten Gesundheits- und Risikomodelle wieder.

Werden neben primärer Prävention Vorhaben von sekundärer und tertiärer Prävention einbezogen, so ergibt sich ein nahezu unüberschaubares Bild von praktischer präventiver Arbeit mit jeweils verschiedenen Ansatzpunkten, Vermittlungsfeldern, Adressaten und Strategien. Wird etwa die "zentrale Bedeutung der Familie" für die Suchtgenese betont, so ergibt sich daraus die Akzentuierung der Elternarbeit; wird der Verhaltensdruck in der Gruppe Gleichaltriger als wesentlich konstitutiv für bestimmte Verhaltensmuster angesehen, ist die logische Folge, daß präventive Vorhaben beim Umfeld

ansetzen und den sozialen Druck auf gruppenkonformes, gesundheitsriskantes Verhalten vermindern müssen; werden frühkindliche Defizite für bestimmte Auffälligkeiten verantwortlich gemacht, liegt die adäquate Präventionsstrategie im Ressort von Therapeuten. Strukturelle Prävention setzt an der Veränderung abhängigkeitsfördernder kultureller und ökologischer Rahmenbedingungen an; kommunikative Ansätze wollen problematisieren, informieren, Verhaltenshilfen geben etc. Z.T. gibt es Spezialisten und eigens für präventive Arbeit geschaffene Institutionen, z.T. gilt die Schule als Ort des Wissenserwerbs auch als prädestiniert für die Vermittlung von gesundheitserzieherischer Aufklärung, wiederum andere Vorhaben versprechen sich von einem Einsatz breitenwirksamer Medien den Effekt einer Verhaltensmodifikation.

Der Vielfalt der in III aufgegriffenen, z.T. konkurrierend diskutierten Erklärungsansätze (problematischen) Gesundheitsverhaltens entspricht eine Vielfalt präventiver Vorhaben. Diese Vielfalt erweist sich für uns wenig brauchbar, denn - abgesehen von immanenten Kritikpunkten an den zugrundeliegenden Gesundheits- und Risikomodellen - alle Präventionsansätze unterscheiden nicht nach Geschlecht der jugendlichen Zielgruppe. Parallel zur kritischen Aufarbeitung der theoretischen Erklärungsansätze in Kapitel III, die in der geschlechtsunspezifischen Formulierung des Paradigmas der Entwicklungsaufgabe mündete, sollen auch hier die Präventionsvorhaben kritisch überprüft werden. In der nachfolgenden Bestandsaufnahme werden ohne Anspruch auf Vollständigkeit exemplarische Beispiele präventiver Arbeit aus den Bereichen Alkohol- und Zigarettenkonsum, Konsum von Medikamenten und illegalen Drogen, Ernährungsverhalten und Gesundheit allgemein zusammengetragen, um wesentliche Zielvorgaben und Praxisdimensionen der gegenwärtigen Jugend-Gesundheitsforschung im deutschen Sprachraum in der Entwicklung der letzten 10 Jahre zu diskutieren.⁹⁾ Daß diese Präventionsansätze - komplementär zur Gesundheitsforschung - "geschlechtsneutral" formuliert sind, in der Praxis sich

aber häufig als "jungenbezogene" Maßnahmen niederschlagen, werden wir in Abschnitt 2 wieder aufgreifen. In Abschnitt 3 präzisieren wir den Trend der Prävention hin zu drogenunspecific "Gesundheitsförderung", um anschließend für mädchenspezifische Prävention die Frage der Akzeptanz auf Seiten der Adressaten zu stellen und Umsetzungen in die Praxis zu diskutieren. Unter dem Aspekt drogenunspecific Gesundheitsförderung gibt es - anders als bei drogenspezifischer Prävention - Beispiele von speziell auf Mädchen zugeschnittenen Maßnahmen und Selbsthilfeaktivitäten, die wiedergegeben werden sollen.

1.2 Alkoholprävention

Die Schule bietet die Möglichkeit zu alkoholpräventiver Arbeit (Curricula); zunehmend gerät das Problem "Alkohol in der Freizeit" und "Alkohol bei der Arbeit" auch für Jugendliche ins Blickfeld der Aufmerksamkeit. Der Topos von Alkohol als "Problemlöser" hat sich in der Diskussion um Ursachen des Alkoholkonsums weitgehend durchgesetzt. Entsprechend zielt ein Großteil der Präventionsbemühungen auf die Entwicklung der jugendlichen Kompetenzen, (Entwicklungs-)Probleme zu erkennen und anders zu lösen als mit dem Griff zur Flasche. Dies gilt sowohl für die Behandlung des Alkohols als Thema für Unterrichtseinheiten als auch für die Arbeit mit Jugendlichen in Freizeiteinrichtungen und für arbeitsplatzbezogene Prävention.

Bei der JASSER (1981) vorgestellten Unterrichtseinheit "Alkohol-Prävention in der Hauptschule" stehen neben allgemeinen Informationen zum Drogenproblem Diskussionen über jugendspezifische Konflikte und Probleme sowie Reflexionen über eigene "Bedürfnisbefriedigung" auf dem Unterrichtsplan. "Ziel sollte es sein, den Jugendlichen beim Zugang zu eigenen Erfahrungen und bei der Lösung der daraus entstehenden Konflikte zu helfen. (...) Die Schüler sollen im

schulischen und im Freizeit-Bereich Maßnahmen überlegen und selbständig durchführen, die konkrete Lebensperspektiven eröffnen und ihre Eigenverantwortlichkeit fördern" (a.a.O., 125).

Ausführlich darstellen wollen wir das Präventionskonzept von OTTO/PÖHNER/SMITH im Auftrag der BZgA "Alkohol am Arbeitsplatz" (1984: 1. Durchführungsphase), das sich speziell an berufstätige Jugendliche richtet und damit der Tatsache Rechnung tragen will, daß der Alkoholkonsum Jugendlicher mit Beginn einer Berufsausbildung bzw. -tätigkeit stark ansteigt. Dieser Anstieg wird mit dem Leiden an den Widersprüchen dieser Gesellschaft und mit den vermehrten Spannungen erklärt, die in Umbruchssituationen auftreten und zu deren Reduktion Alkohol funktional eingesetzt werden kann. Der Arbeitsplatz ist darüber hinaus aufgrund verankerter Trinkrituale, die den Jugendlichen aufgezwungen werden, als konsumförderndes Setting anzusehen. Diesen Überlegungen entsprechend ist das Konzept der Prävention an der Person des Jugendlichen orientiert. Da für die angesprochenen Jugendlichen ihr Alkoholkonsum kein besonders drängendes Problem war - sie gelten zwar als besonders gefährdet, aber waren überwiegend nicht alkoholabhängig -, wurde eine Mischung aus alkoholspezifischen und alkoholunspezifischen Zielen angestrebt. Alkoholspezifische Ziele waren:

- sich der eigenen Erfahrungen in Zusammenhang mit Alkoholkonsum bewußt zu werden und sie zu äußern,
- Bedingungen, die in der Lebens- und Arbeitswelt der Jugendlichen Alkoholkonsum fördern, zu erkennen,
- Konsequenzen für das eigene Verhalten zur Veränderung der Bedingungen und zur Reduzierung des Alkoholkonsums zu entwickeln,
- nicht Abstinenz, sondern einen kontrollierten Umgang mit Alkohol zu lernen.

Als alkoholunspezifische Ziele im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung wurden definiert:

- Entfaltung der Kommunikationsfähigkeit,

- Entwicklung der Kreativität,
- Ich-Stärkung
- Stärkung der Fähigkeit, Konflikte wahrzunehmen, auszutragen und zu lösen,
- lernen, eigene Gefühle wahrnehmen zu können, dazu zu stehen und sie zu äußern,
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit.

Durchgeführt wurden auf dieser Grundlage 5 zweitägige Seminare mit maximal 30 Jugendlichen, auf denen mit vielfältigen Methoden (auch auf emotionaler, nonverbaler Ebene) eine intensive Kommunikation hergestellt wurde. Angesichts der Tatsache, daß der überwiegende Teil der Teilnehmer männlichen Geschlechts war (77,7%; a.a.O., 47), stellt sich bereits hier die Frage, inwieweit sich dieses Konzept auch an Mädchen richtet (vgl. Abschnitt 2).

Die begleitende Evaluierung ergab, daß vor allem wesentlich zur Enttabuisierung des Themas Alkohol beigetragen worden war - eine Grundvoraussetzung weiterer Präventionsarbeit. Im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung wurden Fortschritte festgestellt, was angesichts des utopischen Charakters einer Annahme, "...daß durch zweitägige Seminare diese Ziele zu erreichen wären" (a.a.O., 68), positiv bewertet wird. Als Problem wurde vermerkt, daß sich besonders die männlichen Jugendlichen der Bearbeitung von Gefühlswahrnehmungen, die den eigenen Körper betreffen, entzogen. "Die eigenen Wertvorstellungen und die Wertvorstellungen der Gruppe (Härte zeigen, starker Mann sein etc.) standen ihnen im Wege." (a.a.O., 71). Die Mischung von alkoholspezifischen und alkoholunspezifischen Präventionszielen erwies sich nicht nur vor dem Hintergrund eines Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und defizitären Konfliktlösungsstrategien als richtig, sondern auch, weil eine rein alkoholspezifische Prävention gerade von gefährdeten Jugendlichen abgelehnt wird. Eine konkrete Veränderung des Trinkverhaltens wurde allerdings nicht erhoben.

Als Beispiel einer Präventionsmaßnahme, die auf einer ganz anderen Ebene angesiedelt ist und im Bereich der außerschulischen Jugendarbeit ansetzt, kann die "Lehrgangseinheit für die Arbeit in Jugendfreizeiteinrichtungen" (SPIES 1984) gelten, die Multiplikatoren bei der Durchführung von Lehrgängen für hauptamtliche Mitarbeiter von Jugendzentren unterstützen soll. Inhalt der Lehrgänge ist die Vermittlung von Kenntnissen zur Primär- und Sekundärprävention des Alkoholmißbrauchs bei Jugendlichen. Die Befragung von Teilnehmern dieser Seminare ergab eine hohe Akzeptanz und positive Bewertung, aber auch Änderungswünsche, die sich u.a. auf den Einbezug anderer Problembereiche, wie Mißbrauch illegaler Drogen, sexuelle Probleme, Delinquenz u.ä. richteten. Wir erfahren allerdings weder etwas über die Geschlechterverteilung bei den Teilnehmern, noch etwas über eine inhaltliche Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Bedeutung von Alkohol.

Strukturelle Prävention geleistet wird mit Öffentlichkeitskampagnen, die für die Senkung der Preise für nichtalkoholische Getränke mobilisieren (HAGER 1984).

1.3 Prävention des Zigarettenrauchens

Jene strukturell präventiven Ansätze nicht einbezogen, die den Zugang zu Zigaretten und die Möglichkeit zu rauchen einschränken (Nichtraucherzonen etc.), wird der Kampf gegen die Initiation des Rauchens und die folgende Gewohnheitsbildung bei Jugendlichen vornehmlich in der Schule geführt.

Die Behandlung des Themas Rauchen in Unterrichtseinheiten wurde bisher vorrangig drogenspezifisch gehandhabt und bediente sich vornehmlich der Darstellung der gesundheitsschädlichen Wirkungen des Rauchens (vgl. BRAUNER 1981). Diese Art von Gesundheitsaufklärung wird zunehmend kriti-

siert (vgl. 3.1 und 3.2).

In den letzten Jahren gewann gegenüber diesen Versuchen, eine Verhaltensänderung über Vermittlung kognitiver Wissens-elemente zu erreichen, die Kombination personaler mit strukturellen Eingriffen an Bedeutung. Konzeptionell wird vor allem auf den Erklärungsansatz der Theorie sozialen Lernens zurückgegriffen, der der besonderen Bedeutung jugendlicher Gruppenprozesse für das Rauchen Rechnung tragen will. Der/die Jugendliche beginnt aufgrund des sozialen Drucks Gleichaltriger zu rauchen; rauchende Vorbilder sind attraktiv und stiften zur Nachahmung an. Dementsprechend gilt es, Prozesse des "Lernens am Modell" zu beeinflussen bzw. Verstärkerleistungen für das Verhaltensmuster Rauchen zu verändern. Indem die Jugendlichen lernen, ihr Nichtrauchen positiv zu bewerten und offensiv zu vertreten, soll sich das gesamte normative Umfeld, in dem Rauchen bis dato einen hohen Wert hat, verändern.

Als Beispiel für die Umsetzung dieses Präventionskonzeptes kann das im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie entwickelte zielgruppenspezifisches Nichtrauchertaining für Kinder und Jugendliche gelten, das von der These der Abhängigkeit des Rauchens von bestimmten Gruppen-(druck)situationen ausgeht und die Gruppe Gleichaltriger in das Konzept einbezieht (LOPEZ 1986; vgl. III,4). Ziel des Trainings ist die Erprobung/Aufrechterhaltung neuer Verhaltens- und Erlebnisweisen (u.a. Nichtrauchen), wobei die Veränderung sich nur auf emotionale, nicht auf kognitive Faktoren bezieht. "Im Vordergrund steht das emotionale Erleben des jugendlichen Rauchers in der Trainingsgruppe, in der er sich als Nichtraucher darzustellen lernt. Er soll dabei von der Gruppe unterstützt und akzeptiert werden. Diese Bekräftigung seitens der anderen Gruppenmitglieder muß so stark sein, daß sie die kurzfristig vorwiegend positiven Konsequenzen des Rauchens ersetzen kann durch positive langfristige Konsequenzen. Dies führt langfristig zu einer

Internalisierung eines für sich selbst positiven Nichtraucherimages. Das in der Gruppe gewonnene Nichtraucherimage muß wiederum auch auf andere Gruppensituationen der (rauchenden) Bezugsgruppe, in der Klasse übertragen werden." (a.a.O., 91). In der Phase des "Aufrechterhaltens des Nichtrauchens" ist auch das Erlernen von neuen Coping-Strategien von Bedeutung. Das Nichtrauchertraining wurde an einer (Haupt-)Schule erprobt; für eine weitere Implementierung wurden Jugendfreizeitheime und Sportvereine ins Auge gefaßt. Dieses Präventionsprojekt befindet sich noch in der Entwicklungsphase. Eine Evaluation der Veränderung des Rauchverhaltens sowie der Selbstdarstellung und Einschätzung als Raucher ist für eine spätere Phase angekündigt.

Auf denselben theoretischen Modellannahmen beruht - in Anlehnung an das HARVARD-STANFORD-YOUTH-HEALTH-PROMOTION-PROJEKT von McALISTER et al. (1983) und dessen Anwendung im finnischen Nordkarelien-Projekt - der Einsatz von Schülertutoren (LOPEZ/LIPPERT/HOFFMEISTER 1983). Diese nichtrauchenden und nach positiven Attributen (Attraktivität, Intelligenz, Extraversion) ausgewählten älteren Schüler sollen als Tutoren glaubwürdige Identifikationsmodelle bieten. Ihr Nichtrauchen soll über "Imitationslernen am realen Modell" von den Mitgliedern der von ihnen geleiteten Gruppen übernommen werden. Die Pilotstudie fand 1979 in Berlin statt; dabei sollte jedoch ohne weitere intervenierende Ambitionen lediglich die Praktikabilität der Tutoren-Einsätze erprobt werden.

1983/84 wurde ein (von der BZgA für Erwachsene konzeptuierter) Nichtraucherkurs in einer Hamburger Schule eingesetzt (SCHOLZ 1985). Unter der Obhut eines Kursleiters soll das Rauchen mit einem System von Kontrollkarten und Motivationsverstärkern allmählich reduziert werden. Der Erfolg des Kursverlaufs - von zehn Teilnehmern haben zwei das Rauchen aufgegeben, die anderen haben ihren Konsum eingeschränkt - wird als "insgesamt gering" eingestuft. Dies beleuchtet die

Notwendigkeit, solche Kurse auf jugendspezifische Situationen zuzuschneiden.

1.4 Prävention im Bereich illegaler Drogen

Die Schule gilt neben den Freizeiteinrichtungen als besonders geeignet für die Verbreitung von Rauschmitteln (SEIFERT-SCHRÖDER 1983, 18), daher nehmen Überlegungen zu schulischer Drogen(primär-)prävention einen breiten Raum ein. Drogenprävention wird heute auch im Bereich der Jugendarbeit aufgegriffen. Eltern als suchtfördernde bzw. -aufrechterhaltende Personen geraten heute stärker ins Blickfeld der Aufmerksamkeit; damit wird auf die Notwendigkeit von Elternarbeit hingewiesen, die einer Veränderung der gesamten familiären Interaktionsstruktur dienen soll als Voraussetzung für jeden Therapieerfolg bei Abhängigen. Daneben existieren spezielle Anlauf- und Beratungsstellen.

In der Schule wird das Thema "illegale Drogen" im Unterricht behandelt. Häufig wird ein fächerübergreifender Unterricht gefordert, um neben einer Darstellung der physiologischen Wirkungen im Biologieunterricht die Aufarbeitung der psychosozialen Entstehungsbedingungen des Drogenkonsums zu gewährleisten. Als Unterrichtsmaterialien dienen, was den letzteren Aspekt angeht, etwa die Autobiographie von Christiane F. (BOCKHOFER 1984) oder die Erarbeitung einer Ausstellung zum Thema Drogen (CLEMENS/LACHMUND 1984). Wie eine Analyse von Unterrichtsmaterialien, Curricula und Modellversuchen zeigt (SEIFERT-SCHRÖDER 1984), verlagert sich der Akzent der schulischen Drogenprävention weg von der stoffbezogenen Information hin zur lebensbezogenen Aufklärung und dem Anbieten von Verhaltenshilfen: "Suchtprophylaxe als Lebenshilfe". "Prophylaxe geschieht dort, wo bewusste Auseinandersetzung mit dem Leben geschieht und wo gleichzeitig Lebensbedingungen verbessert werden." (GASSMANN 1984, 101). Dies entspricht der Entwicklung der Diskussion über jugend-

lichen Drogenkonsum, in deren Verlauf zunehmend stärker der funktionale Bezug des Drogenkonsums (s.o. für die Droge Alkohol) zu Spannungen und Problemen der Pubertät im Sinne eines Bewältigungshandelns, einer Spannungsreduktion, einer Flucht etc. hervorgehoben wird. Angesichts der Probleme gilt es, "...die Entscheidungskraft der Jugendlichen zu stärken, ihre innere Unabhängigkeit zu fördern, ihre Freude am Leben zu wecken, d.h. sie zu immunisieren, so daß ein Bedarf nach Drogen gar nicht erst entsteht." (BAUR 1984, 119).

Einen spezifischen Ansatzpunkt präventiver Arbeit im Schulbereich stellt die Institutionalisierung eines spezialisierten Drogenkontakt- oder Drogenberatungslehrers dar. Die kontrovers geführte Diskussion über den möglichen Nutzen einer solchen Stelle (vgl. PFLUG 1981; BREDENPOHL 1982; KLEIN/PETERSSON 1982; SEIFERT-SCHRÖDER 1983, 19) leidet daran, daß eine Überprüfung der Argumente an zusammengetragenen praktischen Erfahrungen fehlt.

Ob Lehrerfortbildung sich allgemein mit Drogen beschäftigt, oder ob es sich speziell um eine Fortbildung für Drogenkontaktlehrer handelt - die praktischen Erfahrungen heben immer wieder zwei Punkte hervor: neben der Vermittlung von Sachwissen ist zum einen die Sensibilisierung für eigenes Verhalten in Problemsituationen angestrebt, denn dann kann das Konfliktverhalten des Lehrers als positives Verhaltensmodell für Schüler dienen (RENNERT/CLASSEN 1982). Zum anderen ergaben die Erfahrungen, "daß sich suchtprophylaktisches Arbeiten weder auf einen Drogenbereich (z.B. nur illegale Drogen), noch ausschließlich auf das stoffgebundene Suchtverhalten beschränken darf, sondern den gesamten Komplex abweichender süchtiger Verhaltensweisen miteinschließen muß" (STAECK/JUHR 1986, 87).

Auch in der Elternarbeit hat eine Akzentveränderung stattgefunden: anstatt - in Identifikation mit den drogensüchtigen Jugendlichen als Opfer - Eltern für die Suchtentstehung

verantwortlich zu machen, werden die Abhängigen als verantwortlich handelnde Personen betrachtet, die "... in einem Beziehungssystem stehen, in dem sie ebenfalls Einfluß auf ihre Eltern nehmen und zu der symbiotischen Verkettung aktiv mit beitragen. Diese Sichtweise mag sich unter dem wachsenden Einfluß der Familientherapie entwickelt haben; sie hat unbestritten zu einem Einstellungswandel gegenüber der Arbeit mit Angehörigen geführt, die inzwischen vermehrt, wenn auch oftmals nicht ausreichend, in die therapeutische Arbeit miteinbezogen werden." (SEIFERT-SCHRÖDER 1983, 23). Während im Bereich der primären Prävention der Einbezug der Eltern vorstellbar ist in Form von Gesprächen, die Lehrer im Falle von notierten Verhaltensauffälligkeiten bzw. Erziehungsauffälligkeiten mit den Eltern führen (BAUR 1984), sind bei einer manifesten Abhängigkeit Beratungsstellen institutionalisierte Anlaufstellen. Als nichtinstitutionalisierte Möglichkeit bieten sich "Elternkreise" an, die eine Stärkung der Eltern und eine Veränderungen ihres Verhaltens als erforderliche Voraussetzung für einen Therapieerfolg anstreben (FRANK/FRANK 1981).

Für einen Teil der erwähnten modellhaften oder etablierten Präventionsansätze liegen Rückmeldungen über eine allgemeine Akzeptanz der Maßnahme bei Beteiligten vor (z.B. STAECK/JUHR 1986; CLEMENS/LACHMUND 1984). Über eine Evaluierung der Maßnahme bzw. eine Überprüfung eingetretener Verhaltensmodifikationen wird in der Regel nicht berichtet (zum Problem der Evaluation allgemein vgl. S. 320, speziell im Drogenbereich vgl. BARTH/MATT 1984). In keinem der beschriebenen Modelle werden Geschlechtsunterschiede auch nur erwähnt.

1.5 Prävention im Bereich des Medikamentenkonsums

Es finden sich kaum Präventionsvorhaben, die sich an Jugendliche richten und die Frage des Medikamentenkonsums

aufgreifen. Dies ist umso erstaunlicher, als davon ausgegangen werden kann, daß die Problematik des jugendlichen Medikamentenmißbrauchs breit erkannt wird.

Die Frage nach der Problematik des Medikamentenkonsums findet als thematischer Aspekt der Gesundheitserziehung Eingang in die Curricula der verschiedenen Schulen. Dabei wird neben der Vermittlung von Wissensfakten die Angemessenheit des Griffs zur Tablette als Reaktion auf psychosoziale Problemlagen und Befindlichkeitsstörungen diskutiert - eine Diskussion, die wiederum in die drogenunspezifische Präventionsforderung nach der Entwicklung adäquater Konfliktlösungsstrategien mündet (z.B. BZGA 1975).

Über diesen Zusammenhang hinaus entzieht sich der Verhaltensaspekt des Medikamentenkonsums verglichen etwa mit dem Konsum illegaler Drogen stärker der präventiven (staatlich programmierten) Beeinflussung: Er wird bei Kindern als privater Aspekt des Umgangs mit dem Körper der Erziehungsautonomie der Eltern bzw. der Verschreibungsautonomie des Arztes anheim gestellt. Für Jugendliche wird der Mißbrauch psychotroper Substanzen unter den Konsum illegaler Drogen subsumiert und entsprechend dort präventiv abgehandelt (vgl. 1.4); im Bereich der Selbstmedikation bezogen auf andere Präparategruppen liegen die schädigende und die heilende Wirkung der Medikamente so eng beieinander, daß präventive Konzepte sehr genau differenzieren müßten. Der Medikamentenkonsum ist vergleichsweise "unsichtbar", Ziel ist die Herstellung einer äußerlichen Unauffälligkeit; ihm fehlt der "gruppenbezogene Einsatz". Damit wird von der Prävention ein anderer Zugriff verlangt als bei jenen Verhaltensweisen wie Alkoholkonsum, Zigarettenrauchen und Konsum illegaler Drogen, die aufgrund ihrer äußerlichen Auffälligkeit leichter zu problematisieren sind.

Auch als Teilaspekt der Gesundheitserziehung abgehandelt fehlt jeder Hinweis auf die Geschlechtstypik des Medikamen-

tenkonsums, d.h. jeder Hinweis auf den Zusammenhang mit "weiblichen" Bewältigungsstrategien/Reaktionsformen und mit "weiblicher" Befindlichkeit.

1.6 Prävention im Bereich des Ernährungsverhaltens

Die Schule ist (im Rahmen der Gesundheitserziehung) für dieses Thema Präventionsfeld; ansonsten werden die meisten Präventionsvorhaben von Institutionen der allgemeinen Gesundheitspflege getragen. Neben der richtigen Nahrungszusammensetzung ("gesunde Ernährung") ist die Verminderung von Übergewicht Anliegen spezieller Präventionsvorschläge - letzteres ist ein Effekt der Diskussion, die Übergewicht als Risikofaktor für spätere Herz-Kreislauf-Erkrankungen anprangert.

Bezieht man die verschiedenen Diätangebote mit ein, so bietet sich das Bild einer "verwirrenden Angebotsfülle" im Feld präventiv-medizinischer Maßnahmen für Adipöse (SCHULTE 1985, 104), deren Langzeiterfolge zudem als mager gelten (a.a.O., 103). Dabei ist die Orientierung häufig einheitlich: es handelt sich überwiegend um lerntheoretisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Familienprogramme. Im Rekurs auf die frühe Herausbildung der Ernährungsgewohnheiten im familiären Rahmen sind häufig Kinder und ihre Eltern Adressaten. Ziel der Prävention ist die Löschung früher Lernprozesse, die sich in problematischen Ernährungsgewohnheiten niederschlagen, und die Entwicklung eines stabilen, selbstbewußten und selbstgesteuerten Ernährungsverhaltens innerhalb des näheren sozialen Umfelds als Aspekt kommunikativer Prävention (MANN-LUOMA 1985, 109). Strukturelle (primäre) Prävention setzt bei der Veränderung der Ernährungsgewohnheiten der Familie an (als kulturell-gesellschaftlich verankerte Ernährungstradition oder als Ausdruck einer spezifischen Störung innerhalb der Familie).

Unter diesen Leitvorstellungen eines selbstgesteuerten Ernährungsverhalten entwickelte die BZgA ein Kurskonzept für die Arbeit mit Familien mit übergewichtigen Kindern im Alter von 5 bis 7 Jahren; angeboten wird dieses ambulante Trainingsprogramm über Multiplikatoren in Familienbildungsstätten und Kureinrichtungen. Das Training ist als Gruppenprogramm konzipiert, Kernstück ist eine umfangreiche "Spielekartei" mit ernährungserzieherischen und bewegungstherapeutischen Akzenten. Die Erfahrungen mit diesem Konzept sind noch nicht ausgewertet (MANN-LUOMA 1985).

Eine Reihe anderer Maßnahmen arbeitet mit einer ähnlichen Orientierung (Entwicklung der Selbststeuerung als Trias Selbstbeobachtung/Stimmuluskontrolle/Selbstmodifikation), so etwa ein österreichisches Konzept, das sich an die Zielgruppe weiblicher Jugendlicher richtet und die stationäre Aufnahme in einem dreiwöchigen Kuraufenthalt impliziert. Die durchschnittliche Gewichtsreduktion von 5,2 Kilo konnte - wie erste Erfahrungen mit Langzeiterfolgen andeuten - von einem Großteil der betreuten Jugendlichen gehalten werden (SCHOBERBERGER 1985).

Diese genannten lerntheoretisch orientierten Ansätze sind entweder auf das familiäre Milieu ausgerichtet oder übertragen Rezepte, die prinzipiell auch für Erwachsene Anwendung finden können, auf Jugendliche. Der funktionale Bezug des Ernährungsverhaltens zu jugendspezifischen Problemen der kindlichen, pubertären oder adoleszenten Entwicklung wird unter diesem präventiven Aspekt nicht aufgegriffen. Ein Bezug zu den Entwicklungsschwierigkeiten Adipöser findet sich im ambulanten Kooperationsmodell des Projektes "Diätclub Castlemont" (Zusammenarbeit von Jugendarzt, Kinderpsychiater, Schulpsychologe, Verhaltenstherapeut, Ernährungsberater, Bewegungstherapeut und Sozialarbeiter in einem therapeutischen Team). Als therapeutische Ziele werden für übergewichtige 10- bis 16jährige Kinder definiert:

- "Aufbau einer neuen Beziehung zum eigenen Körper. Adipöse

Kinder haben oft eine von der Wirklichkeit stark abweichende Vorstellung vom eigenen Körper. Beispiele: der Körper ist ganz normal, der Körper ist gar nicht vorhanden, der Körper ist eine dauernde Qual etc.

- Aufbau einer altersgemäßen Autonomie des Kindes: Adipöse Kinder sind durch fehlende oder oft abwesende Eltern teils überfordert (Übernahme der Funktion des Fehlenden) und gleichzeitig wegen der daraus resultierenden zu engen Beziehung zum vorhandenen Elternteil an einer regulären Entwicklung gehindert. Die Kontakte außerhalb der Familie sind in der Folge spärlich und oberflächlich." (BÄCHLIN/HARTMANN 1984, 48).

Das elfmonatige familienbegleitende Programm konnte in diesem Bereich Verbesserungen initiieren, die emotionale Entwicklung und soziale Integration fördern sowie das Übergewicht der betreuten Kinder/Jugendlichen reduzieren.

Für die neben Adipositas ebenfalls wichtigen problematischen Bereiche des "kollektiven Diätverhaltens" und des Untergewichts liegen keine spezifischen Präventionsprogramme vor. Die Tatsache, daß das Schlankheitsideal ebenso von den fastenden Jugendlichen wie von Gesundheitserziehern adaptiert wird, erschwert offensichtlich eine Problematisierung des Verhaltens.

Im primärpräventiven Bereich, d.h. allgemein bezogen auf ein Ernährungsverhalten, das noch keine sichtbare, gravierende Störung des Körperbildes oder eine Krankheit zur Folge hat, gibt es Überlegungen und erste Modellvorhaben, die vornehmlich sich an Eltern von Kindern und Jugendlichen richten und die Herausbildung der familiären Gewohnheiten verändern wollen (Beispiele: Ernährungserziehung im Kindergarten, vgl. BERAN-DAUSER et al. 1986; oder die Hamburger Eltern-Kind-Arbeitshefte, vgl. MOHR/LANKEIT 1984). Wir werden hierauf im Rahmen der allgemeinen Gesundheitserziehung zurückkommen, da die Bezüge zwischen dem Bereich gesunder Ernährung und

allgemeiner Gesundheit sehr eng sind.

Auch hier finden sich - obwohl z.T. die Zielgruppen explizit als "weibliche Jugendliche" bestimmt sind - keine Differenzierungen nach Geschlecht. Die besondere Problematik des prekären Verhältnisses zum eigenen Körper wird in keinem Vorhaben als Mädchenspezifisches Problem aufgegriffen.

1.7 Zusammenfassung

Jeder Bereich verhaltensspezifischer Prävention zeigt seine eigene Kontur, seine präferierten Strategien, seine besonderen Ansatzfelder etc. Während beim Rauchen die schulische Verhaltensmodifikation und gruppenbezogene Prävention dominieren, werden bei der Alkoholprävention auch die jugendlichen Lebensräume der Freizeitinstitutionen und des Arbeitsplatzes einbezogen. Primärprävention im Bereich illegaler Drogen wird vornehmlich in der Schule aufgegriffen, daneben gibt es spezialisierte Institutionen für besonders gefährdete oder abhängige Schüler. Medikamentenkonsum und Ernährungsverhalten werden primärpräventiv als Themen vor allem von Gesundheitsinstitutionen und für Familien angeboten.

Trotz dieser Unterschiedlichkeit - wobei natürlich viele detaillierte Aspekte nicht berücksichtigt wurden, soll es sich doch nur um ein grobes Bild handeln - gibt es eine Reihe gemeinsamer Schlußfolgerungen aus den praktischen Erfahrungen in den einzelnen präventiven Bereichen:

- Aufklärung durch abschreckende, angsterzeugende Informationen sowie die Vermittlung von Sachwissen allein werden zunehmend als unzureichend kritisiert. Der Zusammenhang zwischen problematischen Verhaltensweisen bei Jugendlichen und jugendspezifischen Belastungen wird stärker thematisiert und Gesundheitserziehung im Sinne einer allgemeinen Stärkung der Jugendlichen für die Bewältigung dieser

Belastungen propagiert - dann, so lautet die Hoffnung, werde das problematische Suchtverhalten "überflüssig".

- In diesem Zusammenhang wird zunehmend mehr die Notwendigkeit einer drogenübergreifenden Sichtweise gefordert, die allgemein Verhalten in Konfliktsituationen oder unter Belastungen aufgreift und damit von suchtmittelbezogener Prävention allgemein und von drogenspezifischer Prävention im einzelnen abgeht.
- Die Beschränktheit monokausaler Erklärungen des Verhaltens - wie wir sie als theoretische Kritik in Kapitel III aufgezeigt haben - ist durch praktische Erfahrungen belegt und begriffen worden; entsprechend werden Kooperationsmodelle, die auf verschiedenen Ebenen ansetzende Präventionsstrategien zusammenführen, favorisiert.
- Im Trend gemeinsam ist den Vorhaben weiterhin das Problem des Nachweises der Effektivität. Selbst dort, wo ein Erfolg quantifizierbar ist - etwa in Kilogramm der Gewichtsreduktion oder in der Anzahl der weniger gerauchten Zigaretten -, setzt sich die Erkenntnis durch, daß das eigentliche Ziel einer grundlegenden Verhaltensänderung, etwa im Sinne eines veränderten Konfliktverhaltens von vielen Faktoren abhängt und nur schwer meßbar ist.
- Gemeinsam haben alle Ansätze ein unter unserer Fragestellung gravierendes Manko: Sie gehen - auch wenn sie jugendspezifische Probleme thematisieren - nicht auf die besondere Entwicklungsproblematik von Mädchen ein. Dieses Manko wird uns im nächsten Abschnitt genauer beschäftigen.

2. BESTANDSAUFNAHME II: VERHALTENS- UND GESCHLECHTSSPEZIFISCHE PRÄVENTION

In der Palette von außerordentlich vielfältigen Präventionsvorhaben im traditionellen Gesundheitsbereich, von denen ausgewählte Ansätze in den Abschnitten 1.2 bis 1.6 vorgestellt wurden, findet sich kaum ein Konzept, das geschlechts- bzw. mädchenspezifische Entwicklungsbedingungen unter Jugendlichen in ihrer Bedeutung für gesundheitsriskantes Verhalten auch nur andeutungsweise einbezieht. Zwar erheben eine Reihe von Präventionsvorhaben den Anspruch, ihre Strategien an der besonderen Situation von Jugendlichen auszurichten, sogar das Problem der Ablösung wird einmal in diesem Zusammenhang erwähnt (vgl.S.318) - daß aber Entwicklungs- und speziell Ablösungsprobleme für Jungen und für Mädchen andere Problematiken beinhalten ist entweder nicht bekannt oder wird schlicht ignoriert.

Darüberhinaus besitzt sogar die Forderung nach einer derart differenzierenden Prävention Seltenheitswert. Selbst in jener empirischen Untersuchung, die unterschiedliches Verhalten von Mädchen und Jungen in Gruppen als geschlechtsspezifische Rauchmotivationen erkennen ließ, und die bei den Autoren den Wunsch aufkommen ließ, "...daß eine gezielte primär-präventive Intervention des Rauchens bei Schülern - unabhängig vom theoretischen Konzept, das der Verhaltensbeeinflussung zugrundeliegt - als Minimaldifferenzierung ihres Programms die Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Einflüsse auf das Rauchen berücksichtigt" (LOPEZ/HOFFMEISTER 1984, 46) - selbst dort findet sich bei der Umsetzung der Ergebnisse in ein Schüler-Nichtrauchertraining oder in den Einsatz von Schülertutoren (vgl.S.311) kein Hinweis mehr auf unterschiedliche Verhaltenskontexte bei Mädchen und Jungen.

Auch wenn wir den engen Bereich des traditionellen Drogenquartetts und der Abhängigkeits- und Mißbrauchsorientierung verlassen und Gesundheitserziehung bzw. -förderung in einem

größeren Rahmen betrachten, bietet sich das gleiche Bild: Die Forderung nach Konzepten, die Mädchenspezifische Entstehungsbedingungen des Verhaltens inhaltlich oder organisatorisch einbeziehen, ist kaum zu hören, noch nicht einmal im Zusammenhang mit Aufklärungsunterricht. Zwei Ausnahmen gibt es allerdings: die inhaltliche Behandlung der Geschlechtsunterschiede im Biologieunterricht einerseits und der Appell an die besondere Fähigkeit von Mädchen zur Versorgung und Pflege anderer Menschen bei der Ausrichtung von Ernährungs- oder Säuglingspflegekursen etc. andererseits. Über diese beiden Reduktionen weiblicher Wirklichkeit - einmal im Biologismus, das andere Mal im Geschlechtsrollenklichee - hinaus ist erst wieder im Bereich praktischer Jugendarbeit die Notwendigkeit eigener "Mädchenarbeit" erkannt und z.T. auch umgesetzt worden (vgl. 3.2).

Diese Negierung der gravierenden Unterschiede zwischen den Geschlechtern selbst bei solchen Präventionskonzepten, die den Anspruch der "Ursachenorientierung" und einer Ausrichtung an den Problemen ihrer jugendlichen Zielgruppe erheben, stellt sich bei näherer Betrachtung wieder als logische Folge der Unsichtbarkeit von Mädchen in der Gesundheitsforschung und -praxis heraus: Wo die Arbeit nur auf ein Geschlecht - auf das männliche - zugeschnitten ist, können Geschlechtsunterschiede gar nicht erst in den Blick geraten.

Den Zuschnitt der meisten Präventionsvorhaben auf Lebens- und Entwicklungsbedingungen von Jungen wollen wir in drei Aspekten diskutieren, Material bieten uns dazu Beispiele, die im Abschnitt 1 vorgestellt wurden.

a) Vernachlässigung Mädchenspezifischer Entwicklungsfelder

Die aktive "Immunisierung" von Schüler/innen gegen das Rauchen im Präventionskonzept von LOPEZ und HOFFMEISTER (1984) erklärt das Rauchverhalten aus dem Gruppenbezug und setzt auch dort an, um das Verhalten zu modifizieren. Dabei

wird durchaus unterschiedliches Gruppenverhalten bei Mädchen und Jungen registriert - und der Prävention empfohlen, diese Unterschiede zu berücksichtigen (s.o.). Das Konzept wird sogar als gerade deshalb für Mädchen besonders relevant dargestellt, weil Mädchen sich in ihrem Verhalten stärker als Jungen von Gruppendruck und attraktiven Vorbildern beeindrucken und beeinflussen lassen.

Dies ist zunächst durchaus plausibel - doch wird letztendlich nur ein Anpassungsprozeß (an rauchende Vorbilder/an die positiv bewertende Normvorgabe des Rauchens) durch eine andere ersetzt (Anpassung an nichtrauchende Vorbilder/negative Bewertung des Rauchens, positive Bewertung des Nichtrauchens). Dies verspricht, bei Mädchen besonders gut zu gelingen.

Für eine ursachenorientierte Prävention bleibt die Frage, wo die Geschlechterunterschiede herrühren. Diese Frage stellen sich die Autoren selbst, aber sie bleibt offen. Zu Recht verweigern sie sich dem vorschnellen Zitat einer grundsätzlich höheren Konformität bei Mädchen und so bleibt nur der Verweis auf "zukünftige Untersuchungen", die den geschlechtsspezifischen Differenzen auf derselben Ebene, d.h. bezogen auf Vorbilder, Gruppenkontext aber im Detail, nachgehen sollen. U.E. ist die Ebene unzureichend. Die Unerklärbarkeit der Unterschiede ist dem Untersuchungsansatz geschuldet, der sich als genuin jugenorientiert erweist, weil er Rauchen ausschließlich aus Gruppenkontexten erklären will. Mit dem Bezug auf die Konformität und Gleichaltrige wird aus dem Arrangement der Entwicklungsfelder nur ein Sektor herausgeschnitten, der zudem für Mädchen nicht die wichtigste Bedeutung hat. Wir haben in den theoretischen Vorarbeiten festgestellt, daß geschlechtshomogene Gruppen für Mädchen eine andere Bedeutung haben als für Jungen. Zudem unterscheiden sich die Arten der Bezugsgruppe vor allem im pubertären Alter. Drittens ist das Mädchen als Mädchen in der Gruppe, wobei Prozesse wie Körperinszenie-

rung, Sexualisierung etc. bedeutsam werden. Viertens ist die Frage nicht geklärt, warum sich ein Mädchen eine Bezugsgruppe wählt, in der Rauchen normativ verankert ist.

Daß und wie sich ein Mädchen in einer Gleichaltrigengruppe bewegt, die in der Regel attraktiv ist, hat - so sagen wir und nehmen dabei Bezug auf unsere Ergebnisse von Kapitel V - sehr viel mit ihrer Entwicklungsproblematik zu tun, die um die zentralen Felder Körper und Sexualität/Partnerschaften kreist. In der Vernachlässigung dieser Komponenten erscheint sie tatsächlich nur noch als in bestimmten Gruppen Anpassungswillige. Die Verabsolutierung des Gruppenbezugs und vor allem die Unterschlagung des Bereichs "Verhältnis zum eigenen Körper" macht die Unsichtbarkeit der Mädchen aus. Erst im Rekurs auf den spezifischen Körpereinsatz auch in Bezugsgruppen können die beobachteten Unterschiede erklärt werden und kann auch die Prävention mädchen-spezifisch zentriert werden.

b) Körperthema - aber in falschem Rahmen für Mädchen

Das Projekt von OTTO/PÖHNER/SMITH (1984) aus dem Bereich der Alkoholprävention bezieht das Thema "Bearbeitung von Gefühlswahrnehmungen bezogen auf den eigenen Körper" mit ein. Aber, wie berichtet, ergeben sich genau an diesem Punkt Schwierigkeiten mit den männlichen Seminarteilnehmern, die sich aufgrund der eigenen Klischees vom "harten Mann" nicht auf ein reflexives, "weiches" Verhältnis zu ihrem Körper einlassen wollen. Hier liegt also das Problem nicht darin, daß ein mädchenrelevanter Aspekt nicht eingebracht wird, sondern daß aufgrund der Ausrichtung auf die Prävention von "Alkoholismus" Jungen in den Gruppen überrepräsentiert sind (4/5 der Teilnehmenden waren Jungen). Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Überzahl von Jungen oder allein ihre Anwesenheit per se unabhängig vom Zahlenverhältnis die Artikulation und Bearbeitung des eigenen Körperverhältnisses bei Mädchen verhindern. Erfahrungen zeigen, daß die Verbali-

sierung von Gefühlen oder von Zweifeln in bezug auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers für Jungen eine bedrohliche Komponente besitzt - oder umgekehrt: die Betonung einer gefühllosen Härte funktional ist - so daß mit Dominanz verhindert wird, daß Mädchen ihre Artikulationsebene durchsetzen.

c) Einseitige Ausrichtung präventiver Ansätze auf männlich-rebellische Verhaltenselemente

Die Unsichtbarkeit von Mädchen zeigt sich nicht nur darin, daß die falschen Themen - oder richtige Themen in falschem Rahmen - gestellt werden. Allein die Strukturierung der Aufmerksamkeit in diesem Bereich zeigt die Vernachlässigung Mädchenspezifischer Probleme, z.B. im Bereich Ernährung oder im Bereich des Medikamentenkonsums. Je auffälliger, aufsässiger, männlich-rebellischer ein Konsumverhalten sich erweist, desto eher werden präventive Bemühungen angestrengt. Der Vergleich zu den in VI aufgezeigten Idealtypen "weiblicher" Formen und "männlicher" Formen der Anorexia nervosa und des exzessiven Alkoholkonsums in ihrer präventiven Behandlung belegt ein weiteres Mal die beschriebene klassische Aufspaltung in einen jugendsoziologischen primärpräventiven Blick für "männliches" Verhalten und den psychiatrischen Blick für "weibliches" Verhalten.

Insgesamt belegt unsere Sichtung den Ausschluß der Mädchen aus der Gesundheitspraxis: Themen, die für sie relevant sind (wie Körper und Sexualität) sowie Felder, in denen sich ihre Entwicklungsproblematik abspielt, werden nicht angesprochen oder zumindest nicht so angesprochen, daß den Mädchen damit geholfen wäre.

Hier zeigt sich in der Gesundheitspraxis jene von DORN/SOUTH (1983) und OSTNER (1986) für die Jugendforschung beschriebene Ausgrenzung von Sexualität aus "Jugend" bzw. genauer: die Ausgrenzung der Mädchen als Ausgrenzung der weiblichen Anteile aus - jungendominierter - Jugendkultur.

3. GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR MÄDCHEN

3.1 Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung

Die Gesundheitserziehung ist der umfassende Rahmen, in den sich die verhaltensspezifischen Präventionsmaßnahmen einordnen. Eine Diskussion darüber, was Gesundheitserziehung ist und zu sein hat, betrifft alle einzelnen strategischen Bereiche und umgekehrt tragen die praktischen Erfahrungen aus den einzelnen Bereichen zu dieser Diskussion bei. So finden wir auch in der Gesundheitserziehung für Jugendliche jenen Wandel wieder, der uns bereits in den verhaltensspezifischen Präventionsmaßnahmen begegnet ist.

Seit Ende der 70er Jahre steht in der Gesundheitserziehung eine Neubestimmung des Gesundheitsbegriffs und des Erziehungskonzepts auf der Tagesordnung. "Gegenüber dem herkömmlichen Verständnis der Humanbiologie als Biologie des Menschen und der darin eingebetteten Gesundheitserziehung, die im wesentlichen auf Morphologie und Anatomie ausgerichtet ist und kaum problematisiert Lebenshilfe anbietet, hat sich die Humanbiologie nunmehr zu einer umfassenderen biologischen Wissenschaft mit Blick auf den Menschen gewandelt, was zu Änderungen im didaktischen Konzept der Gesundheitserziehung führte." (STAECK 1982, 5). Die konkreten und alltäglichen Lebensbedingungen des Menschen rücken in den Vordergrund; Gesundheit wird bezeichnet als jene physische, psychische und soziale Befindlichkeit des Menschen, "die ihn befähigt, seine normalen sozialen Verpflichtungen zu erfüllen und sich in der Lebenswirklichkeit zu behaupten." (a.a.O., 6). Ziel der Gesundheitserziehung ist dementsprechend die "Befähigung zu gesundheitsrelevantem Verhalten" (a.a.O.). Diese Befähigung kann nicht Ergebnis einer Beeinflussung auf der rein kognitiven Ebene von Wissensvermittlung und Sachinformation sein - die Hoffnung, daß hieraus eine Verhaltensänderung resultiert, ist vielfach widerlegt -, sondern muß sich an einem neuen ökologischen

Paradigma des "alles hängt mit allem zusammen" orientieren.

Diese Tendenzen schlagen sich auch in der Ausbildung jener Personen nieder, die als Lehrer besonders prädestiniert für die Vermittlung von Gesundheitsinhalten an Jugendliche sind: Eine Evaluation von schulischen Unterrichtswerken der BZgA zusammen mit einer Situationsanalyse der Gesundheitserziehung in der Lehrerfortbildung (SABO et al. 1985) stellt fest, daß nicht mehr die Vermittlung von Wissen und die symptom-orientierte Intervention vorrangiges Ziel und Inhalt der Gesundheitserziehung sind, sondern "... das Erfahren und Erleben der eigenen Rolle, der Möglichkeiten des Umgangs mit den Kollegen und Schülern" (a.a.O., 48).

Dieser Wandel ist allerdings bislang eher programmatischer als praktischer Art: Eine Analyse der Lehrpläne zur Ausbildung von Kindergartenerzieher/innen und Lehrer/innen im Fach Gesundheitserziehung ergibt das Fehlen einer verbindlichen Definition der Aufgabenfelder in den Ausbildungsinstitutionen: "Ein klares, durchdachtes Konzept zum Ausbildungsgang (...) ist nicht zu erkennen." (BLOSS 1985, 51).

Dennoch ist der Wandel unübersehbar. Und er hat im Rahmen unserer Fragestellung nach Möglichkeiten Mädchenspezifischer Prävention - bzw. nach der Unmöglichkeit Mädchenspezifischer Prävention in der traditionellen Gesundheitspraxis - eine wichtige Bedeutung. Wir befinden uns in unserer Analyse präventiver Praxis nämlich an einer Stelle, wo die kritische Aufarbeitung der bestehenden Ansätze in ein - allerdings noch programmatisches - neues Paradigma münden muß, das geeignet ist, nicht nur Kritik an Bestehendem zu leisten, sondern auch die Möglichkeit bietet, Mädchenspezifische Prävention herzuleiten (in der Aufarbeitung der theoretischen Erklärungsansätze formulierten wir an gleicher Stelle des analogen Analyseprozesses das Paradigma der Entwicklungsaufgabe).

Im folgenden Schema stellen wir zwei Positionen einander gegenüber, ohne damit den - ohnehin noch nicht vollzogenen - Wandel beschreiben zu wollen etwa durch die Charakterisierung der einen Position als historisch überholte und der anderen als gegenwärtig/zukünftig relevante. Wir greifen bei der Gegenüberstellung auf Überlegungen von STAECK (1982) und HILDEBRANDT (1986) zurück und arbeiten eine Reihe jener Begrifflichkeiten ein, die uns bereits in der Diskussion bezogen auf neue Tendenzen drogenspezifischer Präventionsansätze begegnet sind.

Gesundheitserziehung

Gesundheitsförderung

Gesundheit als Zustand

Gesundheit als unaufhörlicher Prozeß relativ glücklicher Auseinandersetzung

Körper- und Krankheitsverständnis:

organzentrierte Medizin
Gesundheitsdefinition auf morphologischer und anatomischer Ebene: Bakterien als Krankheitserreger

ganzheitliches Körperbild
Einbezug psychosozialer Bedingungen von Krankheit und Gesundheit

Prävention:

Vermittlung von Wissen auf kognitiver Ebene

Einbezug affektiver Elemente

Arbeit mit Abschreckung
Erzeugung von Angstgefühlen
Schutz- und Strafbestimmungen

Problematisierung und Einsicht in die eigenen Lebensbedingungen, Verhaltenshinweise

Stigmatisierung gesundheitsriskanten Verhaltens ("Risikofaktoren")

Erklärung gesundheitsriskanten Verhaltens als Ausdruck von Lebensbedürfnissen und funktional bezogen auf die Bewältigung von Entwicklungsprozessen ("Risikoverhalten")

suchtmittelbezogene Prävention

lebensweisenorientierte Prävention

Abgewöhnung des Konsums einer spezifischen Droge

allgemeine, drogenunspezifische Förderung z.B. von Konfliktlösungsstrategien

Das Konzept der "Gesundheitsförderung" - also der Befähigung der Individuen zu dem Auseinandersetzungsprozeß "Gesundheit" - zu vertreten, hat eine Reihe von gravierenden Implikationen, die wir hier diskutieren wollen.

a) Inhaltliche Konsequenzen:

Indem die Stärkung des Individuums vorrangiges Ziel ist, bekommen Bereiche wie "Selbstwertgefühl" einen hohen Stellenwert für die präventive Arbeit. Für Mädchen gilt auch, daß der Umgang mit dem Körper in die Prävention einbezogen werden muß. Eine weitere inhaltliche Akzentuierung ergibt sich ebenso notwendig aus der Zielvorgabe: die Verpflichtung zu struktureller Prävention in dem Sinne, daß krankmachende Bedingungen verändert werden. Zur Gesundheitsförderung gehört weiterhin dazu, daß Jugendlichen eine stärkere Einflußnahme auf ihre Gesundheit, auf die Arbeits- und Lebensbedingungen ermöglicht wird.

Als Kernbereich der Gesundheitsförderung gelten (nach HILDEBRANDT 1986) sieben Aspekte:

- Selbstwertgefühl
- Freundschaft und soziale Beziehungen
- Freundschaft mit dem Körper und den Sinnen
- Umweltschutz
- sinnvolle Arbeit und gesündere Arbeitsbedingungen
- eine lebenswerte Zukunft

bzw. (nach TROJAN 1986) die sechs Komplexe:

- Arbeit und Umwelt
- Lebens- und Handlungsfähigkeiten
- soziale Beziehungen und Sexualität
- Freizeit
- Ruhe und Entspannung
- Ernährung.

b) Organisatorische Konsequenzen:

Aus der Zielvorgabe ergibt sich ganz wesentlich, daß präventive Arbeit vor allem Selbsthilfeprojekte von Jugendlichen weiter unterstützen sollte. In Selbsthilfeprojekten

können die eigenen Kräfte erprobt werden, kann unabhängiges Handeln eingeübt werden, können die Erfolge zur Stärkung des Selbstbewußtseins beitragen. Gegen Apathie und Ohnmacht und gegen in Drogenabhängigkeit ausweichendes Verhalten kann die Durchsetzungsfähigkeit und die Kontrolle über die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten erprobt werden. Eine weitere organisatorische Konsequenz beinhaltet die stärkere Einbindung präventiver Arbeit in Gemeinwesenarbeit als Arbeit einer problemorientierten Situationsanalyse, Mobilisierung der Betroffenen selbst und Suche gemeinsam mit ihnen nach Konfliktlösung (BOULET et al. 1980; OELSCHLÄGEL 1983). Die anderen mit Gesundheitspflege beschäftigten Institutionen sowie die Schule sollten kooperativ entsprechende Bemühungen unterstützen.

c) Konsequenzen für die zu verfolgenden Strategien:

Konkret stellt sich die Frage, ob eine Stärkung des Individuums durch solche Ansätze der Prävention erreicht werden kann, die auf der Verhaltensebene ansetzen und sich auf lerntheoretische Modellannahmen beziehen. Diese Ansätze haben insofern ihre Berechtigung, als erst erlerntes und kulturell zur Verfügung stehendes Verhalten funktional z.B. als Reaktion auf Streß oder als Vorwegnahme des Erwachsenenstatus eingesetzt werden kann. Sie sind aber problematisch, weil die Gefahr besteht, die situationsabhängige (und als "Situation" figuriert hier der individuelle Entwicklungsprozeß unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen) "funktionale Notwendigkeit" oder "subjektive Logik", aufgrund derer das problematische Verhalten erst eingesetzt wird, aus dem Auge zu verlieren. Wenn der Lernprozeß bezogen auf eine bestimmte Droge gelöscht wird, gleichzeitig die Entwicklungsproblematik aber nicht bearbeitet wird, kann es zu einer "Symptomverschiebung" kommen: eine Droge wird zwar "abtrainiert", die andere aber "springt ein", um anstelle der ersteren funktional der Bewältigung zu dienen.

Erst die drogenunspezifische Prävention befähigt - idealiter

- zu einem Konfliktlösungsverhalten, das den funktionalen und gleichzeitig selbstschädigenden und für die Entwicklung selbst kontraproduktiven Einsatz von Drogen überflüssig macht. In diesem Sinne ist auch für Rauchen gefolgert worden, daß Prävention sich nicht auf das "Wegnehmen" beschränken darf: "Alternative Techniken zur Problemlösung, zur Bewältigung von Streß, Mißerfolgen und anderen Defiziten müssen den Jugendlichen angeboten werden." (STOCKSMEIER/HERMES 1980, 100).

d) Konsequenzen für die Akzeptanz:

Bislang wurden statistische Durchschnittsnormen (beim Genußmittelkonsum also epidemiologisch gefundene Zusammenhänge zwischen gegenwärtigem Verhalten und einem wahrscheinlichen Erkrankungsrisiko in der Zukunft) in Soll-Norm-Vorgaben für Prävention überführt: Alle auf diese Weise eruierten Risikofaktoren für die Gesundheit sollen Jugendlichen ausgetrieben werden. "Von der Durchschnittsnorm zum Verhaltensideal: nach diesem Prinzip wird regelmäßig in der medizinisch fundierten Gesundheitserziehung vorgegangen." (FRANZKOWIAK 1985, 29; vgl. auch ERBEN et al. 1986). Das Ziel ist als wissenschaftlich fundiertes sakrosankt: Es gilt Selbstdisziplin und -kontrolle zu üben - Umsetzungsprobleme dieser Forderung werden den Adressaten selbst angelastet als deren "Verfehlungen" und "Widerstände". Dies betrifft ganz wesentlich die Frage der Akzeptanz der Ziele durch die Jugendlichen bzw. durch Mädchen, weshalb wir darauf ausführlich im nächsten Abschnitt zurückkommen werden. Es betrifft in diesem Zusammenhang auch die Frage der Beurteilung der Angemessenheit eines Verhaltens, gemessen eben nicht mehr an der statistischen Normvorgabe sondern an der Ausprägung des Entwicklungsprozesses unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen. Um dies an einem Beispiel zu verdeutlichen: Während die Risikofaktorentheorie in Strenge in Abstinenzforderungen einmündet, stellt die Gesundheitsförderung die Selbststeuerung des Verhaltens durch das Individuum in den Vordergrund. Damit ist kontrollierter Konsum durchaus vertretbar.

3.2 Erfahrungen mit und Akzeptanz von gesundheitlicher Aufklärung und präventiven Angeboten auf Seiten von Mädchen

Im Konzept der Gesundheitsförderung stellt sich die Frage der Akzeptanz von präventiven Maßnahmen neu (s.o.). Dies ist uns Anlaß, zunächst noch einen kritischen Blick auf die Handhabung dieses Problems in der traditionellen Gesundheitsforschung zu werfen.

Der Verarbeitung und Umsetzung gesundheitserzieherischer Beeinflussungsversuche durch die jugendlichen Adressaten selbst ist in der herkömmlichen Präventionsforschung so gut wie nie Gegenstand eigenständiger Untersuchungen oder Reflexionen gewesen. Dies ist ein - auf den ersten Blick - erstaunlicher Mangel, beklagen Gesundheitserzieher doch unisono, daß Gesundheit für Kinder und Jugendliche "ein zwar positiver Wert ist, aber letztlich ein inhaltsleeres Stereotyp bleibt" (REUTER/HÖCHER 1977, 218) und daher nur eine unzureichende Basis für gesundheitliche Vorsorge und Erziehungsmaßnahmen bestünde (a.a.O.).

Die Akzeptanz und das Ausmaß der (Verhaltens-)Wirksamkeit von präventiven Angeboten werden nach unserem Kenntnisstand jedoch - über allgemeine Appelle oder Willenserklärungen hinaus - nicht gesondert thematisiert. Dieses Versäumnis gründet in der biomedizinischen "Risikoideologie" der Intervention, der alle präventivmedizinischen Vorsorgeansätze zumindest implizit folgen. Ihr zufolge können Krankheiten verhindert werden, indem rechtzeitig - beim Kind und den es sozialisierenden Gruppen Eltern/Gleichaltrige ansetzend - Risikofaktoren "abgezogen" werden. Da Krankheiten verhindert werden können, sollen sie auch verhindert werden: Die wissenschaftliche (d.h. epidemiologische, im Risikofaktorenmodell verankerte) Logik von der Krankheitsgefährdung gibt den normativen Konsens vor.

Die Frage nach persönlicher und kollektiver Verarbeitung von präventiv legitimierten Eingriffen in die Lebensweise stellt sich für die herkömmliche Gesundheitserziehung wenn überhaupt nur am Rande. Mit der Normvorgabe bleiben zur Erklärung des menschlichen Verhaltens ohnehin nur die beiden Kategorien des (zur Krankheit führenden) Fehlverhaltens und des (zur Gesundheit führenden) konformen Verhaltens, oder - mit den Begriffen von BARIC (1980, 61ff) - die Exekution von (unerwünschten, abträglichen) "Risikorollen" und die Realisierung von (erwünschten)"Gesundheitsrollen".

Akzeptanz ist also prinzipiell vorausgesetzt. Fehlende Akzeptanz kann nicht dem in sich schlüssigen System angelastet werden, da dieses Konsens impliziert. Sie ist somit in der Präventionspraxis den Adressaten selbst anzulasten und zwar als deren "Verfehlung" oder deren "Widerstände" (bei denen, so der gebräuchliche Zirkelschluß, nur noch gezielter und intensiver im Sinne von Einstellungsänderung und Verhaltensbeeinflussung zu intervenieren wäre. Fehlende Akzeptanz zieht also eine Intensivierung der "Verhaltenszumutungen" (HORN 1983) statt deren kritische Hinterfragung nach sich).

Eben diesen Widerständen haben sich in jüngster Zeit kritische Arbeiten zur Prävention genähert, mit dem Ziel, ihre Sinnlogik und dahinter liegende funktionale Begründungszusammenhänge hermeneutisch (vgl. HORN et al. 1984 a,b) aufzudecken. Ansatzpunkt war dabei die in der Regel deutliche Kluft zwischen gesundheitserzieherischen Risikodimensionen, vor allem beim Umgang mit Alltags- oder illegalen Drogen und der weitgehenden Bedeutungslosigkeit solcher Abstraktionen im Leben der angesprochenen Jugendlichen (HORN 1983; FRANZKOWIAK/WENZEL 1983). Die Vertreter dieses hermeneutisch-funktionalen Ansatzes argumentieren mit der Ineffektivität der traditionellen Gesundheitsforschung und setzen dagegen das große Versprechen: Erst eine solche Gesundheitsförderung, die die "subjektive Logik" im Verhal-

ten Jugendlicher zu entdecken und aufzugreifen in der Lage ist, kann und wird von Jugendlichen akzeptiert werden. Um Gehör bei Jugendlichen zu finden, genügt es nicht, Dekrete zu erlassen, auch nicht Verhalten bloß zu manipulieren, sondern die konkreten Probleme, Chancen und Verhinderungen der Entwicklungsprozesse müssen aufgegriffen, einsichtig gemacht werden, das spezifische Verhalten als eine mögliche Reaktionsform zusammen mit den Jugendlichen begriffen werden. Es genügt auch nicht, die Vorstellungswelt von Jugendlichen ausschließlich auf ein medizinisch-somatisch orientiertes Verständnis von Körper und Gesundheit hin ausrichten und trainieren zu wollen; die Gesundheitsförderung müsse sich umgekehrt an den bei Kindern/Jugendlichen herausgebildeten und sich lebensgeschichtlich verändernden Konzepten von Gesundheit/Körper ansetzen.

Den Ansatz von Prävention bei der "subjektiven Logik" gilt es für Mädchen zu spezifizieren. Da wir - aus den erwähnten Gründen - nur wenig Aussagen machen können zur empirischen Überprüfung der Akzeptanz präventiver Maßnahmen bei Mädchen, wollen wir im folgenden Hinweise zusammentragen, welche Konzepte von präventiver Arbeit bei Mädchen auf Resonanz stoßen werden.

Es gibt eine Reihe von Fingerzeigen auf das besondere Interesse von Mädchen an bestimmten (unter Präventionsgesichtspunkten relevanten) Themenbereichen von Gesundheits-
erziehung: Stärker als Jungen interessieren sich Mädchen für den Ernährungsbereich (vgl.S.64), und zwar unter dem doppelten Aspekt einerseits der Figur (bzw. des Körpergewichts), andererseits unter dem Aspekt gesunder Ernährung. 14- bis 27jährige Mädchen/Frauen interessieren sich zudem stärker als gleichaltrige Jungen/Männer für die Themen Sexualität und Körperpflege/Hygiene (DOUBRAWA 1978, 90). Erste Hilfe, Freizeitgestaltung, richtiges Verhalten bei Konflikten stehen bei Mädchen wie bei Jungen als Themen von Interesse obenan; Entspannung, Erholung und die Frage, wie

man anderen bei seelischen Problemen helfen kann, war für beide Geschlechter von mittlerem Interesse; Themen wie Krankenversicherung, Unfallschutz, Zahngesundheit und der Umgang mit Genußmitteln waren demgegenüber uninteressant. Für junge Männer waren Fragen des Körpertrainings wichtiger als für junge Frauen (a.a.O.).

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß Gesundheitsförderung dann für Mädchen von Interesse ist, wenn sie an mädchen-spezifischen Körperstilen ansetzt. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Nennungen spiegeln genau die geschlechtsspezifischen Verhältnisse zum eigenen Körper: Für Jungen steht (allerdings schichtabhängig, vgl. VI) die Abhärtung des Körpers im Vordergrund. Für Mädchen/junge Frauen ist der Körper Zentrum der Selbstdarstellung (Körperinszenierung als Zwang zu Schönheit und Schlankheit) und gleichzeitig Ort integralen Erlebens (Diffusion Selbstwertgefühl-Körpergefühl) sowie (als sexualisierter Körper) problematische und erst anzueignende Verkörperung weiblicher sexueller Identität.

Gesundheitsförderung für Mädchen setzt in dem Moment, wo sie auf diesen Körperstil focussiert, auch an dem geschlechts- (sowie alters- und schicht-)spezifischen Gesundheitskonzept an. Sie muß also berücksichtigen, daß mit zunehmendem Alter und vor allem bei Mädchen die Gesundheitsdefinition ex negativo (als Abwesenheit von Krankheit und Fehlen der Notwendigkeit von Arztbesuchen) rückläufig ist und "Gesundheit" stärker angereichert wird mit einer psychosomatischen Komponente des "Sich-wohl-Fühlens". Sie muß berücksichtigen, daß bis zu einem Alter von 15 bis 16 Jahren Gesundheit von Jugendlichen beiden Geschlechts als selbstverständliches und "verfügbares" Gut betrachtet wird und daß dementsprechend ihnen der Gedanke an Vorsorge und Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen fremd ist. Eine diesen Aspekt hervorhebende Gesundheitserziehung ist für sie bestenfalls uninteressant (und schlimmstenfalls kontraproduktiv). Ab einem Alter

von 17 Jahren bilden sich (überlagert vom Statusmotiv, vgl. VI) geschlechtsspezifisch unterschiedliche Gesundheitskonzepte heraus: Für Mädchen besitzt die Harmonie körperlicher und seelischer Prozesse - wobei dem seelischen Wohlbefinden häufiger Vorrang eingeräumt wird - eine hohe Valenz, sie thematisieren stressige Belastungen als Einschränkungen ihrer körperlich-seelischen Ausgeglichenheit. Männliche Auszubildende sehen Gesundheit dagegen körperbezogen als sportliche Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen und Befindlichkeitsstörungen (letztere "gelten" auch erst dann, wenn ein Arzt entsprechend urteilt). Eine Gesundheitsförderung, die die psychosozialen Entstehungskontexte des Befindens aufgreift, wird nicht nur akzeptiert werden, sondern kann die besondere Sensibilität von Mädchen für Körperwahrnehmungen nutzen.

Ein weiterer Punkt, der selten beachtet wird, ist die Tatsache, daß für Frauen Gesundheit stärker durch das Fehlen bzw. Vorhandensein befriedigender sozialer Bezüge bestimmt ist. Die soziale Bindung von Gesundheit und Krankheit ist dementsprechend für Mädchen ein relevantes Thema. Dies schließt die Thematisierung weiblicher Sexualität bzw. des gesellschaftlichen Kontextes ihrer Realisierung ein.

3.3 Praktische Umsetzungen: Selbsthilfe- und Mädchengruppen als Ansatzpunkte

Wenn wir die Ziele Mädchenspezifischer Prävention verstehen als Stärkung und Befähigung des Mädchens, sich mit entwicklungsbedingten Anforderungen adäquat auseinanderzusetzen, so sind diese Anforderungen zunächst zu beschreiben: Es gilt, sich von den Eltern abzulösen. Hierbei spielt bei Mädchen stärker als bei Jungen die Sexualität die Rolle eines Konfliktfeldes mit den Eltern. Die Ablösung geht Hand in Hand mit der Entwicklung (flexibler) Neuorientierungen und eigener Entwürfe sowie der Herstellung eigener sozialer

Bezüge - gleichzeitig muß zu den neuen Orientierungsfiguren eine Distanz gewahrt bleiben jenseits von Vereinnahmung, denn auch der Freund/die Gleichaltrigen garantieren nicht per se eine gelingende Neuorientierung, sondern konfrontieren Mädchen mit neuen/alten Normen und Festlegungen. Eigene Entwürfe zu entwickeln bedeutet: die in der weiblichen Geschlechtsrolle angelegten Ambivalenzen auszubalancieren, eine Lebensorientierung im widersprüchlichen Feld von Familie und Beruf zu finden. Zentraler Punkt des Selbstwertgefühls ist das Verhältnis zum eigenen Körper, der sich ungefragt verändert und so einen Entwicklungsschub (unter anderem die Signalisierung von Sexualität mit der notwendigen Folge einer Umstrukturierung der sozialen Beziehungen) initiiert, der verarbeitet werden muß.

Bezogen auf diesen Auseinandersetzungsprozess in seiner Mädchenspezifischen Ausprägung, für den es gilt, das Mädchen zu befähigen, sind die Ziele von Gesundheitsförderung zu bestimmen, d.h. die als "Kernbereiche von Gesundheitsforschung" genannten Komplexe (vgl.S.329) umzugewichten und zu spezifizieren. EICHELKRAUT/SIMON (1984) schlagen z.B. als Bereiche, in denen im Rahmen von Mädchenarbeit Alternativen besonders notwendig sind, vor:

- weibliche Sexualität;
- das Verhältnis der Mädchen zu ihren Müttern;
- Öffentlichkeitsarbeit von und für Mädchen;
- Berufswahl und Berufswünsche von Mädchen (a.a.O., 46ff).

Ein wesentlicher Aspekt, der sich aus der Zielvorgabe von Gesundheitsförderung ergibt, gilt auch für Mädchen: das Selbsthilfeprinzip. Da Selbstverantwortung und die Befähigung zur Auseinandersetzung (mit dem eigenen Verhalten, mit Problemen, mit anderen) nur jenseits eines autoritär-normativen Kontextes eingeübt werden kann, bekommen Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeprojekte einen hohen Stellenwert. Für Mädchen gilt dies umso mehr, als erfolgreiche Selbsthilfe

die ihnen zugeschriebene Unfähigkeit zu Durchsetzung der Interessen - als zugeschriebenes Leidensmuster, das z.B. Konfliktlösungen wie Flucht in die Krankheit nahelegt - widerlegt und das Gefühl stärkt, Einfluß auf die Umgebung ausüben zu können. Gesundheitsriskantes Verhalten von Mädchen (Medikamentenkonsum, Manipulation der Nahrungsaufnahme, psychosomatische Befindlichkeitsstörungen) werden als "ohnmächtiger Protest" bezeichnet - umso wichtiger ist es für Mädchen, im Rahmen von Selbsthilfegruppen den Zugang zu anderen Protestmöglichkeiten zu bekommen.

Quer zur Wichtigkeit des Selbsthilfeprinzips in der Mädchenprävention gibt es prinzipiell zwei verschiedene Möglichkeiten, Entwicklungsbedingungen von Mädchen im Rahmen präventiver Arbeit aufzugreifen: die erste besteht darin, in gemischten Gruppen (z.B. im Klassenverband) mädchen- ebenso wie jungenspezifische Aspekte zu diskutieren, z.B. wenn als Thema eine kritische Bewertung der unterschiedlichen Körperstile als Ausformungen kulturell verankerter somatischer Kultur gewählt wird. Hier schlägt sich die "Unsichtbarkeit von Mädchen" allerdings negativ zu Buche im Fehlen von Material, auf dessen Grundlage eine Diskussion jenseits von Biologismus und Geschlechtsrollenklischees geführt werden kann.

Die zweite Möglichkeit ist die Bildung von Mädchengruppen. Erfahrungen mit Mädchenarbeit im Jugendfreizeitbereich, an Schulen und in der Frauenbewegung belegen immer wieder die Problematik der Erarbeitung von Themen wie Sexualität, Körper, Beziehungen (auf der Basis eigener Betroffenheit, nicht als Behandlung eines abstrakten Themas) in gemischtgeschlechtlichen Gruppen. Die Dynamik der Gruppe wiederholt die Ausgrenzung von Mädchen und weiblichen Anteilen. Demgegenüber können Mädchengruppen einen neuen Lern- und Erfahrungsraum erschließen; der alltägliche Unterdrückungskontext ist in diesem Freiraum in bestimmten Aspekten aufgehoben. BIENEWALD (1981) faßt seine Erfahrungen diesbe-

zöglich zusammen: "Voraussetzungen zum Abbau von Abhängigkeit ist die Herstellung eigenständiger und selbstbestimmter Kommunikationsformen, die nur dann möglich sind, wenn sie sich in Abwesenheit derer entwickeln, die zumindest Mitproduzent dieser Abhängigkeiten sind." (a.a.O., 227). Nach HORSTKOTTE (1985) sind reine Mädchengruppen "... für die ersten beschriebenen Schritte auf diesem Weg (...) mit Sicherheit unerlässlich." (a.a.O., 65f). Die Stärkung, die Mädchen aus solchen Gruppen erfahrungsgemäß beziehen, läßt Mädchengruppen zu wesentlichen Agenturen der Gesundheitsförderung werden.

Selbsthilfegruppen und Mädchenarbeit, die sich als Arbeitsformen so gut in das Konzept der Gesundheitsförderung einpassen, haben eine historische Wurzel in den Anfängen der neuen Frauenbewegung (z.B. als Selbsterfahrungsgruppen). Mit den Ideen der Frauenbewegung hat das Konzept der Gesundheitsförderung zudem die ganzheitliche Auffassung von Körper gemeinsam bzw. die Heraushebung der Bedeutung des Körpers überhaupt und der Notwendigkeit, ein mehr als nur instrumentelles Verhältnis zu ihm zu entwickeln.

Aber es ist voreilig, aus den "weiblichen" Zügen der Gesundheitsförderung zu schließen, das Ende der "Unsichtbarkeit der Mädchen" in Theorie und Praxis der Jugendgesundheitsarbeit sei nahe. Die Ausgrenzung von Mädchen aus "Jugend" - verstanden als Peer-Group oder als wissenschaftliches Thema - ist jeweils Ausdruck der Verdrängung bedrohlicher Anteile von Weiblichkeit (Sexualität); und diese Bedrohlichkeit bzw. die Meisterung der Bedrohung ist Teil männlicher Identitätsbildungsprozesse (OSTNER 1986, vgl. auch hier S. 127ff). Die Ausgrenzung von Mädchen ist also nicht zufällig; sie ist auch nicht mit einem - noch so gut gemeinten - neuen Forschungsdekret zu beheben. Sie macht "Sinn" im jugendlichen Prozeß der Herausbildung männlicher und weiblicher Identität. "Solange wir Ausdrucksformen des Ineinandergreifens von "weiblich" und "männlich", wie sie

quer durch Altergruppen auftauchen, nicht "in den Griff bekommen", wird unsere Darstellung von Mädchenkultur einseitig bleiben. Auf dem Weg zu einer Soziologie des Jugendalters bleiben Analysen auf eine theoretische Verknüpfung von Aussagen über Mädchen und Jungen angewiesen." (McROBBIE nach OSTNER 1986, 365) - was unter unserer Fragestellung zu ergänzen ist: Auf dem Weg zu einer Gesundheitsförderung auch für Mädchen bleibt die präventive Arbeit auf die Verknüpfung der Entwicklungsprobleme von Mädchen und Jungen angewiesen.

Das bedeutet aber, daß Mädchenprävention letztendlich nur dann erfolgreich sein kann - im Sinne einer Aufhebung entfremdender Prozesse im Geschlechterverhältnis; andere limitierende gesellschaftliche Bedingungen, die z.B. in der Wirtschaftsstruktur liegen, seien hier weggelassen - wenn jene Voraussetzung für die Unterdrückung von Mädchen, die im Zusammenspiel der Geschlechtsrollen im Entwicklungsprozeß der Geschlechtsidentität bei Jungen angelegt sind, reflektiert, diskutiert und aufgehoben werden. Das stellt die Frage nach "Jungenprävention" der Frage nach "Mädchenprävention" zur Seite und läßt den Topos von einer partiellen (d.h. in einer bezeichnenden Weise auf spezifische blinde Flecken bezogenen) "Unsichtbarkeit von Jungen" aufkommen. Die blinden Flecken in der Arbeit mit Jungen sind: die Thematisierung von Gefühlen, das Verhältnis zum Körper, die Reflexion der eigenen Sexualität.

Im folgenden stellen wir einige Beispiele von in diesem Sinn verstandener Mädchenprävention zusammen (nach HILDEBRANDT 1986).

Beispiele aus der Praxis¹⁰⁾

Körperbilder und Aufmerksamkeit

Auf einem Fotolehrgang beschließen die teilnehmenden Jugendlichen auf Vorschlag einer Teamerin, sich untereinander zu

fotografieren, typische Gesichtsausdrücke, Körperpartien, Gesten und Körperhaltungen festzuhalten. Einfach gesagt, aber gar nicht so leicht in der Ausführung, das stellte sich schnell heraus. Sowohl die Fotografen als auch die Fotografierten trauten sich nicht so recht. Für die ersten war die erforderliche Nähe das Problem, alle wollten am liebsten mit Teleobjektiven fotografieren, die anderen scheuten sich, z.T. war es ihnen auch "peinlich". Häßlich zu sein, so stellte sich heraus, ist nicht nur eine Sorge von Mädchen, sondern genauso eine der Jungen. Und, so viel Aufmerksamkeit zu bekommen, war für manche richtig unangenehm, das "darf man doch gar nicht haben wollen", stellte sich heraus, als die Jugendlichen beim Fotografieren und späteren gemeinsamen Entwickeln der Bilder darüber sprachen und heraufalberten. Ein sonst eher zurückhaltendes und am Rand der Gruppe stehendes Mädchen, so berichtete die Teamerin, blühte dabei richtig auf. Auf ihren Vorschlag hin war eine Serie von Augenpartienaufnahmen gemacht worden, darunter auch ihre eigenen, die besonders aussagekräftig waren. Als sie dann auch noch beim Entwickeln die besten Bilder zustande brachte, wurde sie fast übermütig.

Ein Café - Treff für erwerbslose Mädchen

1978 im benachteiligten Frankfurter Stadtteil Gallus gegründet, hat der Café-Treff eine Vielzahl von Aktivitäten entwickelt, von der hier nur eine herausgegriffen werden soll. Aus einem Kurs entstand die Idee, die eigene Lebensgeschichte aufzuschreiben. Einige Mädchen taten sich dazu zusammen, erzählten sich gegenseitig, was sie als Kinder gemacht haben, was sie durften und nicht durften, was ihre Träume waren, und was sie gerne wollten. Schnell stellten sich Ähnlichkeiten heraus, aus hochfliegenden Träumen waren bei allen tiefe Enttäuschungen geworden, mit der Erwerbslosigkeit waren Freundschaften zerbrochen, in den Familienbeziehungen gab es große Schwierigkeiten. Obwohl sie

die Mädchen zum Teil schon recht lange gekannt hatten, erfuhren sie hier ganz Neues voneinander. Jetzt waren die kleinen "Macken", mit denen sie ihre Unsicherheiten verdeckten, auf einmal sehr viel verständlicher. Sie brauchten ihre Ängste nicht mehr zu überdecken, sie erfuhren, daß es allen ganz ähnlich ging. Hoch ging es her, als sie mit ihren Geschichten dann in die Öffentlichkeit traten, sie bei einer Veranstaltung im Café-Treff ihre eigene Lebensgeschichte vorstellten und die mit Geschichten von Frauen aus anderen Epochen verglichen. Drei Monate zuvor hätte sich das noch keine von ihnen zugetraut.

Aktion: Mädchen schützen sich

Im Nachbarstadtteil eines Jugendclubs wurde ein Mädchen von drei türkischen Jugendlichen vergewaltigt. Die Mädchen des Clubs waren entsetzt, einige waren wütend, andere fühlten sich eher ohnmächtig. Die erste Reaktion war, daß einige türkische Jugendclubbesucher es abbekamen. Sie, mit denen sie bisher zusammen gewesen waren, wurden geschnitten, z.T. angeschrieen. Eine Sozialarbeiterin setzte sich mit den Mädchen zusammen und las ihnen einen Text vor, in dem eine junge Frau über ihre früher erlebte Vergewaltigung berichtet, allerdings Vergewaltigung durch den eigenen Vater. Über zwei Stunden blieben sie zusammen, fast alle Mädchen berichteten von eigenen Erfahrungen aus ihrer Kindheit und ähnlichen Erlebnissen heute, wo sie von Männern belästigt wurden bzw. sich davor fürchteten. Es war klar, daß die Vergewaltigung im Nachbarstadtteil an genau diese alten Ängste und z.T. verdrängten Befürchtungen gerührt hatte. Auch die von einigen deutschen und ausländischen Jugendlichen betriebene sexistische Anmache im Jugendclub kam zur Sprache. Und die Mädchen erzählten von ihren Ängsten beim allnächtlichen Heimweg. Ganz allmählich kam die Frage in den Vordergrund, wie sie sich wehren könnten und wie sie sich wohl selber in einer Vergewaltigungssituation verhalten

würden.

Ein erstes Ergebnis war: Sie organisierten einen "Heimbringdienst". Ab sofort gingen sie nach jeder Disco oder Veranstaltung immer nur noch in Gruppen von drei zusammen nach Hause. Außerdem holten sie sich Frauen, die Selbstverteidigungskurse mit ihnen zusammen machten und drohten mit Plakaten an, daß sie beim nächsten Mal zur Gegenwehr greifen würden. Aber auch untereinander entwickelten die Mädchen sehr viel mehr Halt, bei Anmachversuchen wehren sie sich inzwischen gemeinsam und das Thema Gewalt in Beziehungen und in der Sexualität ist nicht mehr ganz so tabuisiert wie es vorher war. Inzwischen sprechen sie darüber untereinander.

Eine Ärztekartei im Mädchenzentrum

Mehrmals schon hatten einzelne Mädchen die Sozialarbeiterin darauf angesprochen, ob sie einen guten Frauenarzt bzw. -ärztin kenne. Jedesmal war die Sozialarbeiterin unsicher gewesen, ob ihre Empfehlung auch wirklich sinnvoll wäre. Eine Ärztin, die für Erwachsene gut ist, muß schließlich nicht unbedingt den gleichen guten Zugang auch zu Jugendlichen finden. Durch einen Kontakt zu einem Frauenzentrum in einer benachbarten Stadt kamen die Betreuerinnen dann auf die Idee einer Frauenärztekartei. Die Mädchen fanden das toll. Sie entwarfen eine Karteikarte, die als ungefähres Vorbild dienen sollte, und jede von ihnen schrieb zu ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin auf, was sie gut fand, was sie an der Untersuchungssituation schlecht fand, wie generell die Atmosphäre in der jeweiligen Praxis ist, und was an Untersuchungen vorgenommen wurde.

Ein Gesundheits-Workshop zu "Arbeit und Gesundheit"

Seit einigen Jahren veranstaltet die Evangelische Industrie-

jugend in Westberlin Bildungsurlaube mit Auszubildenden und Jungarbeiter/innen. Horst Czock, der verantwortliche Bildungsreferent, schreibt dazu:

"Kollegen, die sich im Betrieb mit Arbeit und Gesundheit der Beschäftigten befassen, beklagen sich regelmäßig über das angebliche mangelhafte Gesundheitsbewußtsein ihrer Mitarbeiter. Es mangelt in der Regel nicht an Aufklärungen, Informationen und Belehrungen, die den Arbeitern mitteilen, was gesund für sie ist und was nicht. Um die Arbeiter anzusprechen, greifen z.B. die Berufsgenossenschaften auf ihren Plakaten auf brutale, abschreckende Beispiele von Verstümmelungen oder auch auf sexistische Botschaften zurück. Diese vollbusige Frau wird dich anhimmeln, wenn du den Sturzhelm trägst!

Wir gehen davon aus, daß der Belehrungsdiskurs der "Experten" deswegen erfolglos bleibt, weil die Arbeiter nicht einfach die Unwissenden sind, die nur informiert zu werden brauchen, damit sie sich "vernünftig" verhalten. Vielmehr ist die Praxis der Arbeitenden immer schon eine spezifische Bewältigungsform widersprüchlicher Anforderungen. Indem man mal eben in die laufende Maschine greift ("ich habe meine Maschine im Griff") oder ein schweres Teil ohne Hilfe hebt ("ich bin stark"), versichert man sich seiner Kompetenz und macht die Monotonie lebbar. Zugleich versucht jeder mit den Belastungen privat fertig zu werden und erlebt Krankheiten als Schwäche, als Nichtzurechtkommen.

Im Seminar beginnen wir deshalb stets mit einer Bestandsaufnahme der massenhaften Praxis, mit dem Schweren der Arbeit privat und individuell fertig zu werden. Sehr schnell wird dann sichtbar, daß jeder nicht ausschließlich Opfer "der Verhältnisse" ist, in denen man sich eben in der einzig möglichen Weise verhält, sondern immer zugleich ein Täter ist, dessen Entscheidung für ein bestimmtes Verhalten zugleich eine Entscheidung gegen ein anderes beinhaltet.

"Mackertum" kann jetzt als eine Form freiwilliger Unterordnung in eine menschenunwürdige, monotone Arbeitsorganisation verstanden werden, weil die Entscheidung für "männlich sein" eine Entscheidung gegen gemeinsamen Abbau von Belastungen beinhaltet.

Indem wir ihre individuellen Praxen thematisieren, werden sie zu Experten. Sie wissen schließlich besser als jeder Arbeitsmediziner, wie sie sich in der Arbeit fühlen, was sie über ihre Arbeit denken und wie sie handeln. Wie messen dem Wohlbefinden in der Arbeit, dem Lebensglück und den vielfältigen Formen, in denen wir all dies zu realisieren versuchen, in den Seminargesprächen eine große Bedeutung bei. Über unsere Lebensansprüche zu sprechen, über den Sinn des Lebens, scheint gerade in einer Zeit verschäfter Krise mit scheinbar geringeren Handlungsmöglichkeiten der richtige Ansatz zu sein. Wir reden ihnen nicht ihre Lebensansprüche aus, sondern ermutigen sie vielmehr, in sich hineinzuhorchen, darauf zu achten, was ihre Seele und ihr Körper sagen, wie sie leben wollen. Zugleich jedoch werden mit der Thematisierung ihrer individuellen Formen, die alltägliche Arbeit zu leben, ihre konkreten Handlungen und Haltungen bearbeitbar und überprüfbar. Nicht alles, was sie tun, muß funktional im Hinblick auf nähere und fernere Ziele sein. Nicht jedes Verhalten ("ich habe meine Maschine im Griff" und "ich bin stark") muß die angemessene Form sein, sich mit Belastungen auseinanderzusetzen. Die Teilnehmer werden zu Subjekten des Lernprozesses. Sie formulieren Untersuchungsfragen, befragen Arbeitskollegen, sprechen mit Fachkräften aus dem Bereich Arbeit und Gesundheit, machen einen Erste-Hilfe-Kurs und suchen nach einer über das Seminar hinausweisenden Handlungsorientierung..."

IX Anmerkungen

- 1) VOGT (1985) weist darauf hin, daß die subjektiven Klagen und die Behandlungsstatistiken aus verschiedenen Daten und mit verschiedenen Verfahren gewonnen werden und a priori nicht vergleichbar sind. Hier scheint aber lediglich die Differenz wesentlich zu sein, daß bei Klagen der Mädchen vornehmlich und differenziert psychosomatische Beschwerden erfaßt werden, bei Klagen der Jungen andere Störungen.
- 2) Einerseits ließ sich z.B. in Bayern der Rückgang des regelmäßigen Alkoholkonsums bei den 1976 12- bis 14jährigen fortschreiben als Rückgang des Konsums bei den 1984 18- bis 20jährigen (JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 31); andererseits ist bekannt, daß in den Mustern der Alkoholkarrieren die Phasen des An- bzw. Abstiegs nicht homogen, linear und geschlechtsneutral verzeichnet sind.
- 3) Dies galt 1973 noch nicht: Damals gab es in den Altersgruppen "10 bis 12 Jahre" und "13 bis 14 Jahre" mehr Raucher unter den Jungen als Raucherinnen unter den Mädchen (REUTER/HÖCHER 1977, 183ff).
- 4) Ein weiterer Einwand bezieht sich auf die unhinterfragte Gleichsetzung von "abgefragter Einstellung" und "Motivation". Die Problematik einer Unterscheidung zwischen Artefakten eines Antwortverhaltens und "eigentlichen" Motiven wird nur selten thematisiert (und dann meist bei solchen Ergebnissen, die nicht im vorgefaßten Konsens von wissenschaftlichem und Alltagsverständnis interpretierbar sind). Bestimmte Motive lassen sich nicht abfragen, da sie nur als "verborgene" wirksam sein können; andere Antworten stellen statt Motiven Maskierungen anderer Sachverhalte dar. Die Selbstbeschreibung als "süchtiger Raucher" mag einerseits das Motiv der Abhängigkeit aufdecken, andererseits kann es sich um eine Strategie zur Reduzierung der kognitiven Dissonanz handeln, denn der/die Befragte kann sich mit dem Hinweis auf die Sucht und damit auf die eingeschränkte Selbstverantwortlichkeit für sein/ihr Tun dem von ihr/ihm eventuell als quälend empfundenen Zwiespalt entziehen, einerseits zu rauchen, andererseits um die gesundheitlichen Folgen des Rauchens zu wissen (vgl. WETTERER/HELFFERICH 1983, 101ff).
- 5) Vor allem die 1949 bis 1956 Geborenen hatten sich im Zuge subkultureller Segregation unter kulturevolutionären Parolen in relativ jungem Alter auf Opiate eingelassen.
- 6) Allerdings können in diesem Zusammenhang spezifische Modi weiblicher Abenteuerkonnexe beschrieben werden: Frauen haben indirekt an Abenteuern teil, indem sie Liebesbeziehungen zu Männern aufnehmen, die solche Abenteuer

repräsentieren (vgl. BRÜCKNER 1983); der für Männer wesentliche Modus könnte im Risikoverhalten liegen (vgl. FRANZKOWIAK 1985). Diese Zusammenhänge können hier nur angedeutet werden, da sie weder theoretisch aufgegriffen noch empirisch bearbeitet wurden.

- 7) Dabei kann die Überfürsorglichkeit durchaus die Funktion haben, eine aggressive Abwehr der Mutter dem Kind gegenüber zu verdecken ("anorektische Beziehungsfalle" KLESSMANN/TERP in DHS 1985, 157). Das zwanghafte Hungern "vollstreckt" diese aggressiven Impulse und straft gleichzeitig die Mutter.
- 8) Fettleibigkeit kann auch die Funktion haben, von der eigentlichen Problematik eigener Unzulänglichkeit abzulenken: Das Dicksein kann als Ursache für die entsprechenden Schwierigkeiten wie z.B. soziale Isolation begriffen und vorgeblich bekämpft werden; andere Ursachen berauchen nicht benannt zu werden (diese Funktion wurde allerdings nur für Erwachsenen beschrieben).
- 9) Wir recherchierten Berichte über Präventionsvorhaben in folgenden Publikationen (Jahrgänge ab 1980):
 - a) Zeitschriften: Prävention, Suchtgefahren, Internationales Journal für Gesundheitserziehung, deutsche jugend, Neue Praxis, Sozialmagazin/extra Sozialarbeit, Zeitschrift für Pädagogik, Öffentliches Gesundheitswesen, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Entwicklungssoziologie;
 - b) Schriftenreihen: Schriftenreihe der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren, Schriftenreihe Arbeitsergebnisse aus der Suchtforschung;
 - c) Dokumentationssysteme: DIMDI/IDIS/DJI/DZSF: "Dokumentation Gefährdung durch Alkohol, Rauchen, Drogen, Arzneimittel".

Darüber hinaus werteten wir unveröffentlichte Expertisen, Projektberichte und Dokumentationen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus den Jahren 1980 bis 1985 systematisch aus; diese sind im Literaturverzeichnis unter den jeweiligen Autoren- bzw. Herausgebernamen aufgeführt.

- 10) Wir danken Helmut Hildebrandt für die Erlaubnis, Beispiele aus der "Vorab-Version" seines Ideen- und Aktionshandbuches "Eine lebenswerte Zukunft schaffen - Gesundheitsförderung mit Jugendlichen und durch Jugendliche" (HILDEBRANDT 1986) zu entnehmen.

X LITERATURVERZEICHNIS

AKERS, R.L. et al: Social learning and deviant behavior - a specific test of a general theory. In: American Sociological Review 44 (1979), p. 635-655.

ALLHOFF, P./LAASER, U./RENNEN-ALLHOFF, B.: Mortalität und Morbidität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. In: Umwelt & Gesundheit 2 (1985/86), S. 27-30.

ANTONS, K./SCHULZ, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung, Bd. 1. Göttingen/Toronto/Zürich 1976.

APENBURG, E.: Determinanten des Rauchens bei Kindern und Jugendlichen. In: Prävention 1, 9(1986), S. 3-6.

BADEN-WÜRTTEMBERG: siehe MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALORDNUNG BADEN-WÜRTTEMBERG.

BADURA, A.: Principles of Behavior Modification. London 1971.

BADURA, B.: Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In: ders. (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit - Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt/M. 1981.

BADURA, B.: Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis. In: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5 (herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Köln 1983, S. 29-48.

BÄRSCH, W.: Der Alkoholkonsum Jugendlicher - psychologische und soziologische Aspekte. In: KEUP, W. (Hrsg.): Sucht als Symptom. Stuttgart 1978, S. 55-62.

BARIC, L.: Formelle Gesundheitserziehung und die Prävention koronarer Herzkrankheiten. In: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 1 (hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Köln 1980, S. 31-224.

BARTH, M./MATT, G.: Evaluationsforschung im Drogenbereich - ein Stiefkind. Ansätze zu einer Adoption. In: Suchtgefahren 2, 30(1984), S. 107-114.

BAUR, H.: Suchtprävention in der Schule. In: Prävention 4, 7(1984), S. 116-119.

BECK-GERNSHEIM, E.: Vom "Dasein für andere" zum Anspruch auf ein Stück "eigenes Leben" - Individualisierungsprozesse im weiblichen Lebenszusammenhang. In: Soziale Welt 3, 34(1983), S. 307-340.

- BECK-GERNSHEIM, E.: Vom Geburtenrückgang zur Neuen Mütterlichkeit? Überprivate und politische Interessen am Kind. Frankfurt/M 1984.
- BECKER-SCHMIDT, R./BRANDES-ERLHOFF, U./RUMPF, M./SCHMIDT, B.: Arbeitsleben - Lebensarbeit. Konflikte und Erfahrungen von Fabrikarbeiterinnen. Bonn 1983.
- BENNETT, D.L.: Adolescent Health in Australia - An Overview/Needs and Approaches to Care. Australian Medical Association, Glebe, New South Wales, June 1984 (Health Education and Promotion Monograph Series).
- BERAN-DAUSER, I. et al.: Ernährungserziehung im Kindergarten. In: Prävention 1, 9(1986), S. 11-15.
- BERGER, H./LEGNARO, A.: Die Karriere von Jugendlichen zum Alkoholiker. In: BERGER/LEGNARO/REUBAND 1980, S. 115-137.
- BERGER, H./LEGNARO, A./REUBAND, K.-H. (Hrsg.): Jugend und Alkohol - Trinkmuster, Suchtentwicklung und Therapie. Stuttgart 1980.
- BIENEWALD, E.: Persönliche Beziehungen zwischen männlichen und weiblichen Arbeiterjugendlichen. Bensheim 1981.
- BIENER, K.: Jugend und Tabak. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): Rauchen oder Gesundheit - Deine Wahl. Bonn 1980, S. 37-42.
- BLOSS, H.A.: Gesundheitserziehung in Kindergarten und Schule. In: Prävention 2, 8(1985), S. 49-53.
- BMJFG: siehe BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT.
- BOCKHOFER, R.: Christiane F. im Unterricht - Pädagogische Überlegungen zum Einsatz des Buches in der Schule. In: Prävention 1, 5(1982), S. 13-16.
- BOLTANSKI, L.: Die soziale Verwendung des Körpers. In: KAMPER, D./RITTNER, V. (Hrsg.): Zur Geschichte des Körpers. München/Wien 1976, S. 138-183.
- BOSKIND-LODAHL, M./SIRLIN, J.: Frauen zwischen Freß- und Magersucht. In: Psychologie heute-Redaktion (Hrsg.): Die Körper, die wir sind. Weinheim/Basel 1985, S. 90-95.
- BRAKE, M.: Soziologie der jugendlichen Subkulturen. Frankfurt/New York 1981.
- BRAUN, F./GRAVALAS, B.: Die Benachteiligung junger Frauen in Ausbildung und Erwerbstätigkeit. DJI-Dokumentation, München 1980.

BRAUNER, K.: Grundlagen, Ziele und Maßnahmen einer Erziehung zum nikotinfreien Leben bei Kindern und Jugendlichen. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): Rauchen oder Gesundheit - Deine Wahl. Bonn 1980, S. 81-93.

BRAUNER, K.: Rauchen im Unterricht der Sekundarstufe I - Lernangebote für das 8./9. Schuljahr. In: Prävention 2, 4 (1981), S. 58-64.

BREDENPOHL, M.: Wir brauchen keine Drogenberatungslehrer! In: Prävention 1, 5(1982), S. 21-22.

BRÜCKNER, M.: Die Liebe der Frauen - Über Weiblichkeit und Mißhandlung. Frankfurt/M. 1983.

BÜHLER, K.-E./BÜHLER, H./MÖRSCHER, O.: Lebensgeschichtliche Bedingungen des Alkoholismus - Eine empirische Studie. In: Suchtgefahren 1, 27(1981), S. 12-22.

BÜLTEMEIER, C./FRANZKOWIAK, P./HILDEBRANDT, H./WENZEL, E.: Gesundheitskonzepte, Umgang mit dem Körper und positive Gesundheitsansätze bei 14-20-jährigen. Projektabschlußbericht für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Heidelberg/Köln 1984.

BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (Hrsg.): Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabakwaren durch junge Menschen. Bonn 1983.

BUNDESTAGSDRUCKSACHE 10/3374: Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode, Bonn 1985.

BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE (Hrsg.): Die Arzneimittelindustrie heute. Frankfurt/M. 1983.

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): Gesundheitserziehung und Schule - Curriculum Alkohol, Rauchen, Selbstmedikation, Werbung und Gesundheit. Unterrichtseinheiten für das 1.-4. Schuljahr der Grundschule. Stuttgart 1975.

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): Schüler und Gesundheit. Schriftenreihe Gesundheitserziehung und Schule. Stuttgart 1977.

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG: Die Entwicklung der Drogenaffinität Jugendlicher unter Berücksichtigung des Alkohol-, Medikamenten- und Tabakkonsums: Ergebnisse einer Trendanalyse 1973-1976-1979-1982. Köln 1983.

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): Aktionsgrundlagen der BZgA (ehemalige "Jahreseffizienzkontrolle") - Ergebnisse einer Repräsentativerhebung 1984 der Bevölkerung ab 14 Jahren der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin(West). Teilbände: Ernährung, Rauchen, Alkohol, Gesundheit/Gesundheitsvorsorge, Medikamente. Köln 1984.

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): Alkohol und Arbeitswelt. Köln 1984 (a).

BURDA (Hrsg.): Frauen - Lebensstile. Offenburg 1984.

BURDA (Hrsg.): Typologie der Wünsche 1986, Band 2: Alkoholische Getränke: Bier, Wein, Sekt, Champagner. Offenburg 1986.

BZGA: siehe BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG.

CARNAP, G.v.: Frau ist schön und Mann ist stark. In: Psychologie heute 8, 13(1986), S. 53-57.

CHARITANTIS, A.: Bulimia. Im Teufelskreis zwischen Essen und Erbrechen. In: Weltgesundheit - Magazin der Weltgesundheitsorganisation 6 (1985), S. 24-26.

CLEVELAND, M.: Familien und Drogenabhängigkeit von Jugendlichen - Strukturanalyse der familiären Rollen von Kindern. In: Familiendynamik 3, 7(1982), S. 265-283.

CLOWARD, R.A./PIVEN, F.F.: Hidden Protest: The Channelling of Female Innovation and Protest. In: Signs 4, 4(1979), p. 651-669.

CLEMENS, W./LACHMUND, M.: Kommunikative Ansätze in der schulischen Drogenprävention. In: Prävention 4, 7(1984), S. 120-124.

CRAMON-DAIBER, B.: Ablösungskonflikte zwischen Töchtern und Müttern. In: GRAVENHORST, L./SCHABLOW, M./CRAMON-DAIBER, B.: Lebensort: Familie. Reihe Alltag und Biographie von Mädchen, Bd. 2. Opladen 1984.

DAUB, M./LEHNING, W.: Ambulante Behandlung eßsüchtiger Übergewichtiger. In: DHS 1985, S. 167-176.

DAUB, M./LEHNING, W./MERFERT-DIETE, C.: Essen ist das Suchtmittel der Braven. In: Psychologie heute-Redaktion (Hrsg.): Die Körper, die wir sind. Weinheim/Basel 1985, S.86-89.

DEISSLER, K.J.: Die Fixerbraut. In: Drogalkohol 1, 7(1983), S. 51-57.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG: Ernährungsbericht 1980. Frankfurt 1980.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG: Ernährungsbericht 1984. Frankfurt 1984.

DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN SUCHTGEFAHREN (Hrsg.): Süchtiges Verhalten - Grenzen und Grauzonen im Alltag. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Bd. 27. Hamm 1985.

DHS: siehe DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN SUCHTGEFAHREN

DEUTSCHES JUGENDINSTITUT (Hrsg.): Die neue Jugenddebatte. München 1982.

DITTMANN, R.W. et al: Zur Psychopharmaka-Anwendung. In: Kinderheilkunde 129 (1981), S. 349 ff.

DÖRNER, D. et al.: Lohausen - Vom Umgang mit Unbestimmtheit und Komplexität. Bern 1983.

DORIS und KARIN: Das Gefühl, ich hab das Zuhause in der Vene. Zwei Mädchen aus der Schießer-Szene. In: Kursbuch 54. Berlin(West) 1978.

DORN, N./SOUTH, N.: Of Males and Markets - A Critical Review of 'Youth Culture' Theory. Research Paper 1, Middlesex Polytechnic, Centre for Occupational & Community Research, 1983.

DOUBRAWA, R.: Rauchen als Streßfaktor bei weiblichen Jugendlichen. In: Das öffentliche Gesundheitswesen 39 (1977), S. 305-311.

DOUBRAWA, R.: Gesundheitsverhalten und Einstellungen zur Gesundheitsvorsorge bei jungen Menschen. In: Das öffentliche Gesundheitswesen 40 (1978), S. 84-93.

DOUBRAWA, R.: Rauchgewohnheit, Streß und Einstellung zur Gesundheit bei jungen Frauen. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): Rauchen oder Gesundheit - Deine Wahl. Bonn 1980, S. 55-59.

DOUGLAS, M.: Ritual, Tabu und Körpersymbolik - Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur. Frankfurt/M. 1981.

DREHER, E./DREHER, M.: Wahrnehmung und Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Jugendalter: Fragen, Ergebnisse und Hypothesen zum Konzept einer Entwicklungs- und Pädagogischen Psychologie des Jugendalters. In: OERTER 1985, S. 30-61 (1985a).

DREHER, E./DREHER, M.: Entwicklungsaufgaben im Jugendalter: Bedeutsamkeit und Bewältigungskonzepte. In: LIEPMANN, D./STIKSRUD, A. (Hrsg.): Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz. Göttingen/Toronto/Zürich 1985, S. 56-70 (1985b).

EGGERS, B./MÜLLER, V.: Bewältigungshandeln berufstätiger Frauen. In: SCHNEIDER, U. (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Frankfurt/New York 1981.

ECKART, C./JAERISCH, U.G./KRAMER, H.: Frauenarbeit in Familie und Fabrik - Eine Untersuchung von Bedingungen und Barrieren der Interessenwahrnehmung von Industriearbeiterinnen. Frankfurt/New York 1979.

EISEN, P.: Adolescent and Youth Health: Perspectives, Problems, Priorities - Discussion Paper for WHO. World Health Organization, Geneva, June 1984 (MCH/IYY/SG 84.3a).

EISENBACH-STANGL, I.: Jugend und Rausch. Wien 1984.

ERBEN, R./FRANZKOWIAK, P./WENZEL, E.: Die Ökologie des Körpers - Konzeptionelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung. In: WENZEL, E. (Hrsg.): Die Ökologie des Körpers. Frankfurt/M. 1986, S. 13-120.

ERNÄHRUNGSBERICHT: siehe DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG

ERNST, G.: Verwendung und Mißbrauch von Arzneimitteln durch Kinder und Jugendliche. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): Jugend '85: Gesund in die Zukunft. Bonn 1985.

FAULSTICH-WIELAND, H. (1985): Mädchen - die vergessene Hälfte der Jugend? Zum Stand der Mädchenforschung. In: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Entwicklungssoziologie 1, 5(1985), S. 145-150.

FAHRENKRUG, H.: Soziologische Aspekte sozial integrierten Alkoholkonsums im Jugendalter. In: BERGER/LEGNARO/REUBRAND 1980, S. 11-21.

FAHRENKRUG, H./HUBER, M./LEHR, M.: Der Alkoholkonsum Jugendlicher in Schleswig-Holstein - Eine soziologische Pilotstudie. Kiel 1976.

FEIGNER, J./ROBINS, E./GUEZ, S.: Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. In: Archives of General Psychiatry 26, 57(1972).

FEND, H./SCHNEIDER, G.: Schwierige Schüler - Schwierige Klassen. Abweichendes Verhalten, Sucht- und Delinquenzbelastung im Kontext der Schule. In: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie 1, 4(1984), S. 123-142.

FERBER, C.v.: Ernährungsgewohnheiten - Zur Soziologie der Ernährung. In: Zeitschrift für Soziologie 3, 9(1980), S. 221-235.

- FESER, H.: Eltern als Vorbild - Elterliches Erziehungsverhalten und kindlicher Suchtstoffmißbrauch. In: KEUP, W. (Hrsg.): Sucht als Symptom. Stuttgart 1978.
- FESER, H./ECKERT, A.F.: Familie und Medikamente. In: DHS 1985.
- FILSTEAD, W.J.: Soziale Welten aus erster Hand. In: GERDES, K. (Hrsg.): Explorative Sozialforschung. Stuttgart 1979, S. 29-40.
- FISCHER, A. : Mädchenwelt - Jungenwelt. In: JUGENDWERK DER DEUTSCHEN SHELL 1982 S. 692-706.
- FISCHER, A.: Rauchen und Trinken. In: JUGENDWERK DER DEUTSCHEN SHELL 1985, Bd. 2, S. 35-48.
- FISHER, J.M.: Sex Differences in Smoking Dynamics. In: Journal of Health and Social Behaviour 17 (1976), p. 156-163.
- FRANK, C./FRANK, W.: Selbsthilfe-Initiative der Eltern drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher - Möglichkeiten der Aktivierung von Eltern zu nicht-institutionellen Elternarbeitskreisen. In: Prävention 1, 4(1981), S. 19-23.
- FRANKE, A.: Einige Überlegungen zur Geschlechtsspezifität von Gesundheit und Krankheit. Vortrag auf der Tagung 'Medikamente für Frauen - Chemie für die Seele', Bremen, 4.-6.11. 1985. Hektograph. Manuskript, Universität Bochum 1985.
- FRANKE, A.: Sind Frauen wirklich kränker? Oder: Erkrankungs-raten von Frauen im Dschungel der Interessen. In: Psychologie heute-Redaktion (Hrsg.): Sonderheft "Frauen", Weinheim Basel 1986.
- FRANSSEN, M.: Krankheit als Konflikt - Krankheit als Protest. In: SCHNEIDER, U. (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Frankfurt/New York 1981.
- FRANZ, G./PUDEL, V./TRURNIT, G.: Ernährungsfragen der Jugend. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): Jugend '85: Gesund in die Zukunft. Bonn 1985.
- FRANZ.KOM./SOFRES: siehe FRANZÖSICHES KOMITEE FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG UND SOFRES.
- FRANZKOWIAK, P.: Risikoverhalten als jugendliches Alltags-handeln. In: IDIS (Hrsg.): Gesundheitsriskantes Verhalten bei Jugendlichen. Bielefeld 1985, S. 27-42.
- FRANZKOWIAK, P.: Risikoverhalten und Gesundheitsbewußtsein bei Jugendlichen. Berlin/Heidelberg 1986.

FRANZKOWIAK, P.: Risikoverhalten als Entwicklungsaufgabe - Zur "subjektiven Vernunft" von Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum in der Adoleszenz. Vortrag auf dem DGS-Kongreß "Prävention und Gesundheitserziehung, Bielefeld , 25.9.1986 (1986a).

FRANZKOWIAK, P./WENZEL, E.: Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum Jugendlicher - Zur Alltagsbedeutung von Risikoverhalten. In: Prävention 4, 6(1983), S. 99-104.

FRANZÖSISCHES KOMITEE FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG UND SOFRES: Kinder, Jugendliche und Zigarette. In: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 4 (Hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) Köln 1983, S. 9-70.

FREYTAG-LORINGHOVEN von, W.: Zur Sicherheit des jugendlichen Fahrers. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): Jugend '85: Gesund in die Zukunft. Bonn 1985.

FRIDAY, N.: Wie meine Mutter. Frankfurt/M. 1979.

FRIEDRICH, M.H.: Familiendynamische Untersuchungen bei Anorexia nervosa. In: Pädiatrie und Pädologie 3, 4(1981), S. 353-362.

FROMM, C./SAVIER, M.: Widerstandsformen von Mädchen und Subkulturen. In: SAVIER, M. et al.: Alltagsbewältigung: Rückzug - Widerstand. Reihe Alltag und Biographie von Mädchen, Bd. 7. Opladen 1984, S. 11-48.

FUCHS, W.: Jugend als Lebenslaufphase. In: JUGENDWERK DER DEUTSCHEN SHELL 1985, Bd. 1, S. 195-264.

FUCHS; W.: Entspannung im Alltag. In: JUGENDWERK DER DEUTSCHEN SHELL 1985, Bd. 2, S. 7-34 (1985a).

GASSMANN, B.: Suchtprophylaxe als Lebenshilfe. In: Prävention 4, 7(1984), S. 99-103.

GILDE, H.-P.: Ergebnisse einer mehrdimensionalen Untersuchung und Therapie adipöser Kinder. In: STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Psychosomatische Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart 1981.

GILLIGAN, C.: Die andere Stimme - Lebenskonflikte und Moral der Frau. München 1982.

GÖTTE, J.H.A./WEGENER, B.: Versuch einer Differenzierung zwischen Alkohol- und Medikamentenabhängigen nach Persönlichkeitsmerkmalen - Ergebnisse einer klinischen Untersuchung. In: Suchtgefahren 4, 28(1982), S. 285-295.

GOLOMBEK, E./JACOBSEN, G./STALLMANN, M.: Gefährdung Jugendlicher durch Alkoholmißbrauch - Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von Schülern der 10. Jahrgangsstufe in Berlin (West). Hektograph. Bericht, FU Berlin 1984.

GRAVENHORST, L.: Die ambivalente Bedeutung von "Familie" in den Biographien von Mädchen und Frauen. In: GRAVENHORST, L./CRAMON-DAIBER, B., Lebensort: Familie. Reihe Alltag und Biographie von Mädchen, Bd. 2. Opladen 1984.

GUTEZEIT, G.: Ergebnisse psychodiagnostischer Untersuchungen bei weiblichen und männlichen Patienten mit Anorexia nervosa. In: STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Psychosomatische Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart 1981.

GUTEZEIT, G.: Expertise zum Problem der Magersucht und des Untergewichts bei Jugendlichen. Hektograph. Bericht Köln/Kiel 1983 (im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).

HAAN, N.: Coping and Defending Processes of Self Environment Organisation. New York 1977.

HAARBUSCH, E./JOCHENS, K.: "... kann denn Liebe Sünde sein?" oder der sexuelle Lernprozeß bei Mädchen und die Jugendarbeit bei PRO FAMILIA. In: KAVEMANN, B. et al.: Sexualität - Unterdrückung statt Entfaltung. Reihe Alltag und Biographie von Mädchen, Bd. 9. Opladen 1985, S. 145-208.

HAGEMANN-WHITE, C.: Frauenbewegung und Psychoanalyse. Frankfurt/M. 1979.

HAGEMANN-WHITE, C.: Sozialisation: Weiblich - männlich?. Reihe Alltag und Biographie von Mädchen, Bd. 1. Opladen 1984.

HAGER, B.: Arbeitsgemeinschaft "Aktion 81". In: Prävention 3, 7(1984), S. 82-84.

HAPPEL, H.-V.: Funktionale Analyse des Verhaltens Jugendlicher in Trinksituationen. In: Suchtgefahren 2, 27(1981), S. 89-103.

HARDACH-PINKE, I. (1982): Schwangerschaft und Identität. In: KAMPER, D./WULF, C. (Hrsg.): Die Wiederkehr des Körpers. Frankfurt/M. 1982, S. 193-208.

HARREIS, G./SCHULTZE, C. /SCHMIDT, F.: Das Rauchen von Schülern verlagert sich auf immer jüngere Jahrgänge. In: Das Öffentliche Gesundheitswesen 42 (1980), S. 771-778.

HAVIGHURST, R.J.: Developmental Tasks and Education. New York 1948, 1972 (3rd ed.).

HELFFERICH, C.: Sexuelle Sozialisation - Die schwierige Aneignung sexueller Identität. Unveröff. Manuskript, Freiburg 1986.

HELFFERICH, C./TROSCHKE, J.v.: Ursachen unzureichender Verhaltensweisen von Frauen zur Verhütung ungewollter Schwangerschaften. Abschlußbericht eines Forschungsvorhabens im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Freiburg, Dezember 1985.

HILDEBRANDT, H.: Eine lebenswerte Zukunft schaffen - Gesundheitsförderung mit Jugendlichen und durch Jugendliche (Ein Ideen- und Aktionshandbuch im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation/Europa). Hektograph. Manuskript, Hamburg, September 1986.

HÖRMANN, G.: Zur gesundheitlichen Situation von Kindern. In: Bildung und Erziehung 2, 39(1986), S. 197-215.

HOFFMANN-RIEM, C.: Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie - Der Datengewinn. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 32, 1980, S.339-372.

HOFFMEISTER, H./LOPEZ, H.: Über unterschiedliche Einstellungen, Motive und Lebensweisen von Jugendlichen. In: Prävention 2, 8(1985), S. 42-45.

HOPF, C.: Soziologie und qualitative Sozialforschung. In: HOPF, C./WEINGARTEN, E. (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Stuttgart 1979, S. 11-37.

HORNUNG, R./SCHMIDTCHEN, G./SCHOLL-SCHAAF, M.: Drogen in Zürich - Verbreitung und Hintergründe des Drogenkonsums Jugendlicher - Ergebnisse einer repräsentativen Motivstudie. Bern/Stuttgart/Wien 1985.

HURRELMANN, K./ROSEWITZ, B./WOLF, K.H.: Lebensphase Jugend - Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim München 1985.

HURRELMANN, K./VOGT, I.: Warum Kinder und Jugendliche zu Drogen greifen - Ein Überblick über Untersuchungsergebnisse und Erklärungsversuche. In: deutsche jugend 1, 33(1985), S. 30-39.

HURRELMANN, K. et al: Jugendspezifische Belastungen und psychosomatische Beschwerden. Referat im Rahmen der Tagung "Prävention und Gesundheitserziehung", Bielefeld September 1986.

INFRATEST: Arbeitspapier für das Studienhandbuch der DHP. Unveröff. Manuskript, München 1983.

JACOBSEN, G./STALLMANN, M.: Alkoholkonsum von Berliner Jugendlichen - Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von Schülern der 10. Jahrgangsstufe. In: Suchtgefahren 4, 31(1985), S. 394-401.

JASSER, R.: Alkoholprävention in der Hauptschule - Unterrichteinheit für das 8. Schuljahr. In: Prävention 4, 4 (1981), S. 124-128.

JESSOR, R.: A psycho-social perspective on adolescent substance use. In: LITT, I.F. (Ed.): Adolescent Substance Use - Report of the 14th Ross Roundtable, Columbus 1983 (zit. nach SLBEREISEN/KASTNER 1985, S. 192/203 ff).

JESSOR, R./JESSOR, S.L.: Problem Behavior and Psychosocial Development. New York/San Fransisco/London 1977.

JESSOR, R./JESSOR, S.L.: Die Entwicklung Jugendlicher und der Beginn des Alkoholismus - Eine Längsschnittuntersuchung. In: VOGLER, R.E./REVENSTORF, D. (Hrsg.): Alkoholmißbrauch. München/Wien/Baltimore 1978, S. 21-44.

JUGEND FRAGT JUGEND: Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak - Repräsentativerhebungen bei Jugendlichen in Bayern 1973, 1976, 1980. Hrsg. vom Bayrischen Staatsministerium des Innern und für Arbeit und Sozialordnung. München 1982.

JUGEND FRAGT JUGEND: Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak - Repräsentativerhebungen bei Jugendlichen in Bayern 1973, 1976, 1980, 1984. Hrsg. vom Bayerischen Staatsministerium des Innern und für Arbeit und Sozialordnung. München 1986.

6. JUGENDBERICHT: Verbesserung der Chancengleichheit von Mädchen - Bericht der Sachverständigenkommission. In: Zur Sache 1/84 - Themen parlamentarischer Beratung - : Probleme der Frau in unserer Gesellschaft. Deutscher Bundestag, Bonn 1984, S. 201-300 (Anhang: 301-316).

JUGENDWERK DER DEUTSCHEN SHELL (Hrsg.): Jugend '81 - Lebensentwürfe, Alltagskulturen, Zukunftsbilder. 2. Auflage, Opladen 1982.

JUGENDWERK DER DEUTSCHEN SHELL (Hrsg.): Jugendliche + Erwachsene '85 - Generationen im Vergleich. 5 Bände, Opladen 1985.

KAMPER, D./WULF, C. (Hrsg.): Die Wiederkehr des Körpers. Frankfurt/M. 1982.

KANDEL, D.B.: Drugs and drinking behavior among youth. In: Annual Review of Sociology 6(1980), p. 235-285.

KAVEMANN, B./LOHSTÖTER, I.: Plädoyer für das Recht von Mädchen auf sexuelle Selbstbestimmung. In: KAVEMANN, B. et al: Sexualität - Unterdrückung statt Entfaltung. Reihe Alltag und Biographie von Mädchen, Bd. 9. Opladen 1985.

KICKBUSCH, I.: Vom Verlust des Kontextes und der Leere der Autonomie - Überlegungen zur Depression bei Frauen. In: Argument-Sonderband 77, Berlin(West) 1983, S. 135-148.

KLEIN, M./PETERSSON, J.: Ein alternatives Konzept zur Ausbildung von Drogenberatungslehrern. In: Prävention 1, 5 (1982), S. 22-24.

KLEIN, M./SIEMON, W.: Zur Psychodiagnostik des Jugendalkoholismus - Empirische Untersuchungen in der stationären Rauschmitteltherapie. In: Suchtgefahren 4, 31(1985), S. 382-393.

KLEIN, M.: Altersspezifische Merkmalsanalyse bei alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten in der stationären Langzeittherapie. In: Suchtgefahren 3, 30(1984), S. 178-189.

KLEIN, U.: Schulische Projekte und Suchtprophylaxe. In: Suchtgefahren 3, 28(1982), S. 241-250.

KLEINING, G.: Umriß zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 34 (1982), S. 224-253.

KOLLEHN, K./WEBER, N.H. (Hrsg.): Der drogengefährdete Schüler. Düsseldorf 1985.

KÖHLER, R./MERTINS, S.: Ein sozialpsychologischer Ansatz zur Entwicklung eines Erklärungsmodells für Menstruationsstörungen. Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Ruhr-Universität Bochum 1982.

KÖNIG, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung, Band 2, Erster Teil. Stuttgart 1973, 3. Auflage.

KRAUTSCHIK, A.: Symptom Körperhass - Narzißtische Krisen beim Gestaltwandel der Frau. In: Sexualmedizin 8, 14(1985), S. 451-455.

KREYSSIG, U./KURTH, A.: Daneben gelebt ... Drogenabhängige Mädchen und ihre Lebenswelt. In: SAVIER, M. et al., Alltagsbewältigung: Rückzug - Widerstand. Reihe Alltag und Biographie von Mädchen, Bd. 7. Opladen 1984, S. 49-102.

KRÜGER, A.: Mädchen sein - eine spezielle Gefährdung für Drogenabhängigkeit in unserer Gesellschaft. In: Jugendschutz heute 4 (1984), S. 1-20.

KRÜGER, H.: Weibliche Körperkonzepte - ein Problem für die Jugendarbeit. In: deutsche jugend 11, 33(1985), S. 479-488.

LANDY, E.E.: Sex differences in some aspects of smoking behavior. In: Psychological Reports 20 (1967), p. 575-580.

LANGE, K.J.: Das Alter von Opiatabhängigen: Werden sie jünger? In: Suchtgefahren 4, 30(1984), S. 280-284.

LASOGGA, F.: Persönlichkeitsmerkmale und Rauchverhalten Jugendlicher. In: Zeitschrift für klinische Psychologie 7, 1978, S. 162-171.

LAZARUS, R.S.: Stress and coping factors in health and illness. In: COHEN, J. et al (Eds.): Psychosocial Aspects of Cancer. New York 1982.

LERNER, R.M.: Jugendliche als Produzenten ihrer eigenen Entwicklung. In: OLBRICH/TODT 1984, S. 69-87.

LOPEZ, H./LIPPERT, P./HOFFMEISTER, H.: Der Einsatz von Schülertutoren im Schulunterricht - Möglichkeit einer gezielten Verhaltensbeeinflussung am Beispiel des Rauchens. In: Prävention 2, 6(1983), S. 51-54.

LOPEZ, H.: Rauchen bei Kindern und Jugendlichen - Eine empirische Untersuchung. Weinheim/Basel 1983.

LOPEZ, H.: Nichtrauchertraining für Kinder und Jugendliche. In: DHP-Forum 2, 1986, S. 84-95.

LOPEZ, H./HOFFMEISTER, H.: Motive rauchender Mädchen und Jungen - Zur Planung geeigneter Interventionsstrategien unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Unterschieden. In: Prävention 2, 7(1984), S. 42-46.

LOPEZ, H./HOFFMEISTER, H.: Schüler und die Droge Nikotin. In: KOLLEHN/WEBER 1985.

MÄDCHEN '82: siehe SEIDENSPINNER/BURGER.

MALHOTRA, M.K.: Alkohol bei Schülern im Kreis Mettmann. In: Das öffentliche Gesundheitswesen 38(1976), S. 226-245.

MANGOLD, W.: Gruppendiskussionen. In: KÖNIG 1973, S. 228-259.

MANN-LUOMA, R.: Trainingsprogramm für Familien mit Übergewichtigen Kindern - Ein Versuch zur Methodenintegration. In: Prävention 4, 8(1985), S. 106-109.

MAYER, R.: Lebenslaufanalysen bei Drogenabhängigen - Eine Vergleichsuntersuchung. In: Suchtgefahren 3, 30(1984), S. 212-220.

McALISTER et al: siehe VARTIAINEN et al.

MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U.: Frauen und Rauchen - Analyse von Biographien rauchender Frauen, eine qualitative Studie. Vorläufiger Bericht des Kooperationsprojektes der BZgA mit der WGO. Hamburg 1984.

MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U.: Frauen und Rauchen - Analyse von Raucherinnen-Biographien, eine qualitative Studie. Arbeitsbericht der BZgA und dem Regionalbüro für Europa der WGO. Köln 1984.

MEESE, I./WIGBERS, I.: Die Bedeutung der Konfliktbereiche 'Sexualität' und 'Rolle der Frau' bei Pubertätsmagersucht. Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Ruhr-Universität Bochum 1979.

MEYER, J. E./FELDMANN, H.: Anorexia nervosa. Stuttgart 1965.

MERZDORF, J./REUTER, U./WELSCH, G.: Daten und Fakten zur Entwicklung des Rauchens in Mitgliedsländern der Europäischen Gemeinschaften. (Hrsg. von der Kommission der Europäischen Gemeinschaften) Brüssel 1982.

MILLER, P.: Problembewältigungsverhalten (Coping). In: KATSCHNIK, H. (Hrsg.): Sozialer Streß und psychische Erkrankung. München 1980.

MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALORDNUNG BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.): Suchtmittelmißbrauch. Erscheinungsformen, Zusammenhänge, Motivationen, Verbreitung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Baden-Württemberg. Stuttgart 1980.

MOHR, G./LANKEIT, C.: Ernährung in unserer Familie. In: Prävention 2, 7(1984), S. 61-64.

MRAZEK, J.: Die Verkörperung des Selbst - Ergebnisse der Psychologie heute-Umfrage. In: Psychologie heute 2, 11 (1984), S. 50-58.

MÜHLEN-ACHS, G. (1986): Der Androzentrismus in der empirischen Sozialforschung - Ursachen und Folgen der Ausgrenzung des Weiblichen. In: Zeitschrift für Entwicklungssoziologie und Sozialisationsforschung 1, 6(1986), S. 129-137.

MÜLLER, R.: Schüler und die Droge Alkohol. In: KOLLEHN/WEBER 1985, S. 41-54..

NAEVE, W.: Zur Alkoholkriminalität der Frauen. In: Suchtgefahren 1, 25(1979), S. 13.

NETZEBAND, G./WIEGMANN, U./ZINGELER, U.: Mädchen in der Erziehungsberatung. In: PREISSING, C. et al.: Mädchen in Erziehungseinrichtungen: Erziehung zur Unauffälligkeit. Reihe Alltag und Biographie von Mädchen, Bd. 10. Opladen 1985.

OERTER, R. (Hrsg.): Lebensbewältigung im Jugendalter. Weinheim 1985.

OERTER, R.: Einführung. In: OERTER 1985, S. 1-5 (1985a).

OFFER, D.: Das Selbstbild normaler Jugendlicher. In: OLBRICH/TODT 1984, S. 111-130.

OLBRICH, E.: Die Entwicklung der Persönlichkeit im menschlichen Lebenslauf. In: OERTER, R./MONTADA, L. et al.: Entwicklungspsychologie. München/Wien/Baltimore 1982, S. 91-123.

OLBRICH, E.: Jugendalter - Zeit der Krise oder der produktiven Anpassung? In: OLBRICH/TODT 1984, S. 1-47.

OLBRICH, E.: Konstruktive Auseinandersetzung im Jugendalter - Entwicklung, Förderung und Verhaltenseffekte. In: OERTER 1985, S. 7-29.

OLBRICH, E./TODT, E. (Hrsg.): Probleme des Jugendalters - Neuere Sichtweisen. Berlin/Heidelberg 1984.

OSTNER, I. (1986): Die Entdeckung der Mädchen - Neue Perspektiven für die Jugendsoziologie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 2, 38(1986), S. 352-371.

OTTO, K.-S./PÖHNER, A./SMITH, B.: Alkohol und Arbeitswelt - Ein Präventivkonzept für berufstätige Jugendliche. Bericht über die 1. Durchführungsphase des Projektes im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln 1984.

PAUL, T.: Zur Symptomatologie der Bulimia nervosa - Versuch einer Abgrenzung. In: DHS 1985.

PFLUG, B.: Drogenberatungslehrer - keine Raufbolde, Querköpfe, Exoten. In: Prävention 3, 1(1981), S. 89-92.

POLHEMUS, T.: Introduction. In: ders. (Ed.): Social Aspects of the Human Body. Harmondsworth 1978, p. 21 ff.

PREUSS-LAUSITZ, U.: Vom gepanzerten zum sinnstiftenden Körper. In: PREUSS-LAUSITZ, U. et al.: Kriegskinder, Konsumkinder, Krisenkinder. Weinheim/Basel 1983, S. 89-106.

PROJEKTGRUPPE TUDROP: Heroinabhängigkeit unbetreuter Jugendlicher. In: HECKMANN, H. (Hrsg.): Arbeitsergebnisse aus der Suchtforschung. Bd. 7. Weinheim/Basel 1984.

PROKOP, U.: Weiblicher Lebenszusammenhang - Beschränktheit der Strategien und Unangemessenheit der Wünsche. Frankfurt/M. 1976.

PUDEL, V.: Zur Psychogenese und Therapie der Adipositas - Untersuchungen zum menschlichen Appetitverhalten. Berlin/Heidelberg/New York 1978.

PUDEL, V.: Essen - Wenn das Selbstverständlichste zum Problem wird. In: Psychologie heute-Redaktion (Hrsg.): Die Körper, die wir sind. Weinheim/Basel 1985, S. 78-85.

PULS-THORBURN, B.: Sozialisationsbedingungen drogenabhängiger Frauen. In: Suchtgefahren 4, 29(1983), S. 302-306.

RENN, H.: Organisatorische Fragen der Drogenprävention. In: Suchtgefahren 3, 28(1982), S. 209-223.

RENNERT, M./CLASSEN, G.: Zur Entwicklung von Fortbildungseminaren für Lehrerinnen und Lehrer. In: Prävention 1, 5 (1982), S. 18-20.

REUBAND, K.-H.: Konstanz und Wandel im Alkoholgebrauch Jugendlicher. In: BERGER/LEGNARO/REUBAND 1980.

REUBAND, K.-H.: Zur Verbreitung illegaler Drogenerfahrung in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland - Versuche ihrer Messung im Rahmen der Umfrageforschung. In: Suchtgefahren 2, 32(1986), S. 87-102.

REUTER, U.: Tabak- und Alkoholmißbrauch: Ursachen und Konsequenzen - Eine Bestandsaufnahme von Erkenntnissen, Hypothesen und offenen Fragen. In: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 2 (Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Köln 1980, S. 101-179.

REUTER, U.: Frauen und Rauchen - Fallstudie Bundesrepublik Deutschland. Zwischenbericht zu Stufe 1 des Kooperationsprojektes der BZgA mit der WHO. Unveröff. Manuskript, Köln 1982.

REUTER, U.: Zum Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzbelastung und Alkoholkonsum. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Alkohol und Arbeitswelt. Köln 1984, S. 10-21.

REUTER, U./HÖCHER, G.: Schüler und Gesundheit. Stuttgart 1977.

ROSENMAYR, L.: Jugend. In: KÖNIG, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 6. Stuttgart 1976.

RUTENFRANZ, J.: Übergewicht als Risikofaktor. Köln 1972.

SABO, P. et al.: Gesundheitserziehung - immer noch am Anfang in der Lehrerfortbildung. In: Prävention 2, 8(1985), S. 46-49.

SAVIER, M./WILDT, C.: Rockerbräute, Treberinnen und Schulmädchen - zwischen Anpassung und Gegenwehr. Ein Beitrag über die Diskriminierung von Mädchen. In: Kursbuch 17. Frankfurt/M. 1977.

SCHABLOW, M.: Väter und Töchter. In: GRAVENHORST, L./SCHABLOW, M./CRAMON-DAIBER, B.: Lebensort: Familie. Reihe Alltag und Biographie von Mädchen, Bd. 2. Opladen 1984.

SCHATZMAN, L./STRAUSS, A.L.: Field Research - Strategies for a Natural Sociology. Englewood Cliffs/New Jersey 1973.

SCHENK, J.: Drogenkonsum - Fakten und mögliche Konsequenzen. In: Prävention 3, 3(1980), S. 84-90.

SCHMERL, C.: Das Frauen- und Mädchenbild in den Medien. Reihe Alltag und Biographie von Mädchen, Bd. 5. Opladen 1984.

SCHUECH, E.K.: Das Interview in der Sozialforschung. In: KÖNIG 1973, S. 66 ff.

SCHMIDBAUER, W./SCHEIDT, J.: Handbuch der Rauschdrogen. München 1981.

SCHOBERBERGER, R.: Gewichtsreduktion im Rahmen von Kuraufenthalten Jugendlicher. In: Prävention 4, 8(1985), S. 120-123.

SCHOLZ, H.: Erfahrungen aus einem Nichtrauchertraining mit Schülern. In: Prävention 2, 8(1985), S. 57-59.

SCHÜTZE, G.: Anorexia nervosa. Bern 1980.

SCHULSENATOR BERLIN; siehe SENATOR FÜR SCHULWESEN, JUGEND UND SPORT BERLIN.

SCHULTE, H.: Ernährungsverhalten und Übergewicht (Adipositas). In: Prävention 4, 8(1985), S. 99-105.

SCHULZ, W.: Funktionen des Trinkens für das Individuum. In: ANTONS/SCHULZ 1976, S. 87-105.

SCHULZ, W.: Trinknormen. In: ANTONS/SCHULZ 1976, S. 137-157.

SCHULZ, W.: Ansatz einer Theorie sozialen Trinkens. In: ANTONS/SCHULZ 1976, S. 158-169.

SCHWENKEL-OMAR, I.: Das "Hausfrauensyndrom" - Psychosomatische Erkrankungen von Frauen. In: GIPSER, D./STEIN-HILBERS, M. (Hrsg.): Wenn Frauen aus der Rolle fallen. Weinheim/Basel 1980.

SEIDENSPINNER, G./BURGER, A.: Mädchen '82. Eine repräsentative Untersuchung über die Lebenssituation und das Lebensgefühl 15- bis 19-jähriger Mädchen in der Bundesrepublik ("Brigitte-Mädchenstudie"). Deutsches Jugendinstitut, München 1982.

SEIFERT-SCHRÖDER, B.: Drogenabhängigkeit Jugendlicher: Problematik, Prävention, Elternarbeit - Eine Literaturdokumentation. Deutsches Jugendinstitut, München 1983.

SEIFERT-SCHRÖDER, B.: Mit Worten gegen die Sucht? Versuch der Schule, einem menschlichen Problem mit Unterricht zu begegnen. In: Prävention 4, 7(1984), S. 103-107.

SEIFERT-SCHRÖDER, B.: Familien mit drogensüchtigen Kindern. Suchtverhalten im Kontext familialer Interaktions- und Erziehungsmuster und die Bedeutung der Elternarbeit. In: Suchtgefahren 2, 30(1984), S. 221-228.

SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Funktion des Tagebuchs bei der Bewältigung alterstypischer Probleme in der Adoleszenz. In: OERTER 1985, S. 131-159.

SEMMER, N. et al.: Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. Hektograph. Zwischenbericht, Bundesgesundheitsamt, Berlin(West) 1985.

SENATOR FÜR SCHULWESEN, JUGEND UND SPORT BERLIN (Hrsg.): Sucht - Denkt um, macht mit. Geschichte einer Ausstellung. Berlin(West), Dezember 1982.

SICHROVSKY, P.: Krankheit auf Rezept. Köln 1984.

SIEBER, M./ANGST, J.: Drogen-, Alkohol- und Tabakkonsum. Bern 1981.

SIEGERT, M.T.: Adoleszenzkrise und Familienumwelt - Prozesse der Identitätsfindung bei opiatabhängigen Jugendlichen. Frankfurt/M. 1979.

SIEGRIST, J./DITTMANN, K./RITTNER, W./WEBER, I.: Soziale Belastungen und Herzinfarkt. Stuttgart 1980.

SIEGRIST, J./RITTNER, K.: Expertise zur Durchführung von "Motivationsstudien zum Gesundheitsverhalten" (unter besonderer Berücksichtigung der koronaren Herzkrankheiten). Unveröff. Manuskript, Universität Marburg 1980.

SILBEREISEN, R.K.: Entwicklung als Handlung im Kontext - Entwicklungsprobleme und Problemverhalten im Jugendalter. In: Zeitschrift für Entwicklungssoziologie und Sozialisationsforschung 1, 6(1986), S. 29-46.

SILBEREISEN, R.K./KASTNER, P.: Jugend und Drogen: Entwicklung von Drogengebrauch - Drogengebrauch als Entwicklung. In: OERTER 1985, S. 192-219.

SKARABIS, H./PATZAK, M.: Die Berliner Heroinszene - Eine epidemiologische Untersuchung. Weinheim/Basel 1981.

SOER, J.v.: Jugendalkoholismus - Empirische Bestandsaufnahme, Erklärungsansätze, Therapie. Weinheim/Basel 1980.

SPIES, G.: Lehrgangseinheit für die Arbeit in Jugendfreizeiteinrichtungen - Ergebnisse einer Befragung von Teilnehmern der Einführungsseminare. In: Prävention 4, 7(1980), S. 112-115.

STAECK, L.: Der Stellenwert der Gesundheitserziehung im zeitgemäßen Biologieunterricht. In: Prävention 1, 5(1982), S. 3-6.

STAECK, L.: Arzneimittelmisbrauch bei Schülern und Jugendlichen. In: KOLLEHN/WEBER 1985.

STAECK, L./JUHR, G.: "Drogenkontaktlehrer" als Thema in der Lehrerausbildung. In: Prävention 3, 9(1986), S. 84-87.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Zur Situation der Jugend in der Bundesrepublik. Stuttgart Mainz 1984.

STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Psychosomatische Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart 1981.

STIMMER, F.: Ein Drei-Phasen-Modell zur Soziogenese der Alkoholabhängigkeit männlicher Jugendlicher. In: BERGER/LEGNARO/REUBAND 1980, S. 94-114.

STOCKSMEIER, U./HERMES, G.: Primärprävention des Rauchens in Familie und Schule. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): Rauchen und Gesundheit - Deine Wahl. Bonn 1980.

THOMASIUS, R.: Lösungsmittelmisbrauch bei Kindern und Jugendlichen - ein Überblick. In: Suchtgefahren 3, 32(1986), S. 153-179.

TOSSMANN, H.P.: Schüler und die Droge Haschisch. In: KOLLEHN/WEBER 1985.

TROSCHKE, J.v./STÜNZNER, W.v.: Soziale Umwelt und Genussmittelkonsum. Freiburg 1984.

TRUEG, E.: Beschreibung 100 drogenabhängiger Patienten einer Drogenstation anhand psychosozialer Daten. In: Suchtgefahren 4, 28(1982), S. 321-324.

TRÜMPY, H.: Volkskundliche Überlegungen zum Rauchen. In: Therapeutische Umschau 2, 40(1983), S. 165-168.

TUDROP: siehe PROJEKTGRUPPE TUDROP.

UCHTENHAGEN, A.: Die Familien Drogenabhängiger: Sozialpsychologische, psychodynamische und therapeutische Aspekte - Eine Zusammenstellung der Befunde aus der jüngeren internationalen Literatur. In: Familiendynamik 7, 3(1982), S. 284-297.

VARTIAINEN, E. et al.: Effect of two years of educational intervention on adolescent smoking (The North Karelia Youth Project) In: Bulletin of the World Health Organization 3, 61(1983), p. 529-532.

VOGT, I.: Der Alkohol- und Medikamentenkonsum von Jungen und Mädchen in Abhängigkeit vom Familienmilieu. In: Verhalten 1, 1(1979), S. 79-97.

VOGT, I.: Bericht über das 27. Internationale Seminar zur Verhütung und Behandlung des Alkoholismus. Wien, 15.-19.6. 1981. In: Suchtgefahren 1, 38(1982), S. 42-45.

VOGT, I.: Für jedes Leiden gibt es eine Pille. Opladen 1985.

VOLLMOELLER, W.: Die Persönlichkeit jüngerer Drogenkonsumenten und die seelische Problematik. In: Suchtgefahren 1, 28(1982), S. 67-78.

VOSS, R.: Fördern Eltern, Lehrer, Erzieher und Ärzte den fortschreitenden Medikamentenmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen? Anmerkungen zu einer ganzheitlichen Orientierung der Abhängigkeitsprophylaxe in der Schule. In: Suchtgefahren 3, 29(1983), S. 369-378.

WELTZ, F./DIETZINGER, A./LULLIES, V./MARQUARDT, R.: Junge Frauen zwischen Beruf und Familie. Frankfurt/M. 1979.

WELZ, R.: Selbstmorde und Selbstmordversuche nehmen zu. In: betrifft erziehung 4 (1980), S. 26-27.

WETTERER, A./HELFFERICH, C.: Rauchermotivation - eine Literaturstudie. Unveröff. Manuskript, Freiburg 1983.

WHO-EURO: Intervention studies related to life-styles conducive to health. Report on a Workshop, Copenhagen, March 1983 (ICP/HED 019(3)/2).

C.Helfferich/M.Walter/P.Franzkowiak:

MÄDCHEN-GESUNDHEIT

- Risikoaffinitäten und Gesundheitsverhalten in der
Sozialisation weiblicher Jugendlicher -

T A B E L L E N B A N D

Tabelle 1	Sterbefälle nach Todesursachen und Geschlecht 1982
Tabelle 2	Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht bei 0- bis 30jährigen, 1980-1982
Tabelle 3	Mortalität von 10- bis 20jährigen nach ausgewählten Ursachen und Geschlecht, 1984
Abbildung 4	Selbstmordversuchsraten nach Alter und Geschlecht im zeitlichen Verlauf 1966-1977
Tabelle 5	Prävalenz von schweren Gesundheitsstörungen bei 15- bis 17jährigen nach Geschlecht, 1982/83
Tabelle 6	Prävalenz von leichten und mittleren Gesundheitsstörungen bei 15- bis 17jährigen, 1982/83
Tabelle 7	Beschwerden in den letzten 12 Monaten bei 12- bis 24jährigen nach Alter und Geschlecht, 1979-1981
Abbildung 8	Kreislaufbeschwerden bei Schülern der 1. bis 10. Klassen nach Alter und Geschlecht, 1973/74
Abbildung 9	Verdauungsstörungen und Blinddarmentzündung bei Schülern der 1. bis 10. Klassen nach Alter und Geschlecht, 1973/74
Tabelle 10	Problemgruppen bei Schülern der 1. bis 10. Klassen, 1973/74
Tabelle 11	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes und Krankheiten in den letzten drei Monaten bei 14- bis 25jährigen nach Arbeits-/Ausbildungssituation und Geschlecht, 1977-1981
Tabelle 12	Beschwerden und Krankheiten in den letzten drei Monaten bei 14- bis 19jährigen und 20- bis 29jährigen nach Geschlecht, 1984
Tabelle 13	Psychosomatische Beschwerden nach Alter und Geschlecht, 1984
Tabelle 14	Einschätzung der Häufigkeit des eigenen Alkoholkonsums bei 13- bis 18jährigen nach Getränk und Geschlecht, 1984
Tabelle 15	Entwicklung des Alkoholkonsums in der Gruppe der 14- bis 25jährigen 1971-1982

Tabelle 16	Konsumentenanteile nach Geschlecht in verschiedenen Untersuchungen
Abbildung 17	Anteile regelmäßiger Alkoholkonsumenten bei 12- bis 24jährigen nach Geschlecht 1973-1984
Tabelle 18	Einstellung zu Alkohol bei 15- bis 24jährigen nach Alter und Geschlecht, 1985
Tabelle 19	Alkoholkonsum bei 14- bis 25jährigen nach Arbeits-/Ausbildungssituation und Geschlecht, 1977-1981
Abbildung 20	Rauscherfahrung in männlichen und weiblichen Altersgruppen bei 15- bis 25jährigen, 1977/78
Tabelle 21	Trinkintensität (alle Alkoholsorten) bei Schüler/innen der 9. und 10. Klassen, Berlin 1984
Tabelle 22	Trinkhäufigkeit und -intensität bei Schüler/innen der 9. und 10. Klassen nach Geschlecht, Berlin 1984
Tabelle 23	Durchschnittlicher Konsum der Alkoholkonsumenten in den Altersgruppen 12 bis 17 Jahre und 18 bis 24 Jahre nach Geschlecht, Bayern 1984
Tabelle 24	Verschiedene Alkoholika nach Trinkhäufigkeit und Intensität in den Altersgruppen 14 bis 19 Jahre und 20 bis 29 Jahre, nach Alter und Geschlecht
Tabelle 25	Alkoholgefährdete bei 12- bis 24jährigen nach Geschlecht, 1979-1981
Tabelle 26	Geschlechtsunterschiede bei den Konsumhäufigkeiten der verschiedenen Alkoholsorten anhand der Extreme "nie" bzw. "regelmäßig" bei Schüler/innen der 9. und 10. Klassen, Berlin 1984
Tabelle 27	Konsumintensität (Wein, Bier, Sekt) in den Altersgruppen 14 bis 19 Jahre und 20 bis 29 Jahre nach Geschlecht, 1986
Tabelle 28	Trinkanlässe und Trinkorte bei 12- bis 24jährigen nach Geschlecht, 1979-1981
Tabelle 29	Trinkorte in den Altersgruppen 12 bis 17 Jahre und 18 bis 24 Jahre nach Geschlecht, Bayern 1980

Tabelle 30	Trinksituation bei 14- bis 25jährigen nach Arbeits-/Ausbildungssituation und Geschlecht, 1977-1981
Tabelle 31	Meinungen zum Alkoholkonsum bei 14- bis 29-jährigen nach Geschlecht, 1975-1981
Tabelle 32	Einstellungen zum Alkohol bei 12- bis 24-jährigen nach Geschlecht, Bayern 1980
Tabelle 33	Einstellung zum Betrunkensein bei 12- bis 24jährigen nach Geschlecht, 1979-1981
Tabelle 34	Alkoholkonsummotive in den Altersgruppen 14 bis 19 Jahre und 20 bis 29 Jahre nach Geschlecht, 1984
Abbildung 35	Zigarettenraucher nach Alter und Geschlecht 1975-1989, 1982
Tabelle 36	Raucheranteile nach Geschlecht in verschiedenen Untersuchungen
Abbildung 37	Raucheranteile bei 12- bis 24jährigen nach Geschlecht 1973-1984
Tabelle 38	Raucheranteile bei Schülerinnen der 9. und 10. Klassen nach Schultyp und Geschlecht, Berlin 1984
Tabelle 39	Rauchbeginn in verschiedenen Untersuchungen nach Geschlecht
Tabelle 40	Einstiegsalter bei 12- bis 25jährigen nach Geschlecht, 1982
Tabelle 41	Rauchen bei 12- bis 25jährigen, nach Alter und Geschlecht, 1982
Tabelle 42	Rauchen bei 15- bis 24jährigen nach Alter und Geschlecht, 1984
Tabelle 43	Rauchen bei 14- bis 25jährigen nach Ausbildungs-/Arbeitssituation und Geschlecht, 1977-1981
Tabelle 44	Motive des Rauchens bei 12- bis 25jährigen nach Alter und Geschlecht, 1982
Tabelle 45	Motive des Nichtrauchens bei 12- bis 25jährigen nach Alter und Geschlecht, 1982
Tabelle 46	Entwicklung der Verwendung von Rauschmitteln bei 14- bis 25jährigen, 1971-1982

Tabelle 47	Rauschmittelkonsumenten nach Geschlecht in verschiedenen Untersuchungen
Tabelle 49	Cannabiskonsum bei 15- bis 25jährigen nach Alter und Geschlecht, 1977/78
Tabelle 50	Art der Einnahme von Rauschmitteln bei 12- bis 24jährigen nach Geschlecht, Bayern 1980
Tabelle 51	Entwicklung der Verwendung von Arzneimitteln bei 14- bis 25jährigen, 1971-1982
Tabelle 52	Prognose der mittelfristigen Entwicklung des Verordnungsvolumens nach Altersgruppen
Tabelle 53	Verordnungen verschiedener psychoaktiver Arzneimittel bei Kindern bis 12 Jahre nach Geschlecht
Tabelle 54	Einstellung zu und Verwendung von Medikamenten bei 14- bis 25jährigen nach Arbeits-/Ausbildungssituation und Geschlecht
Abbildung 55	Medikamentenerfahrung bei 12- bis 25jährigen nach Geschlecht, 1982
Tabelle 56	Medikamentenkonsum bei 16- bis 17jährigen nach Geschlecht, Berlin 1984
Tabelle 57	Einstellungen zum eigenen Medikamentenkonsum in den Altersgruppen 14 bis 19 Jahre und 20 bis 29 Jahre nach Geschlecht, 1984
Tabelle 58	Appetitveränderung bei 13- bis unter 18jährigen bei unter- bzw. überaktivierendem Streß nach Geschlecht
Tabelle 59	Zusammenhänge zwischen abweichendem Verhalten und Indikatoren der Norminternalisierung bei Schüler/innen der 6. und 9. Jahrgangsstufe, 1984
Tabelle 60	Verschiedene Formen des Konsums als Bewältigungshandeln bei 12- bis 25jährigen nach Geschlecht, 1982
Tabelle 61	Häufigkeit spezifischer Formen des Bewältigungshandelns nach Geschlecht bei 14- bis 25jährigen, 1982

Tab. 1 Sterbefälle 1982 nach Todesursachen und Geschlecht
(je 100 000 Einwohner)

Todesursache	Geschlecht	Insgesamt	Darunter im Alter von ... bis unter ... Jahren					
			1 - 15	15 - 20	20 - 25	25 - 45	45 - 65	65 u.Älter
Krankheiten	männlich	1 082,0	19,7	23,3	32,8	129,0	978,5	7 228,0
	weiblich	1 103,4	16,3	16,4	20,0	80,2	571,9	5 058,1
	zusammen	1 093,2	18,1	19,9	26,6	105,3	774,6	5 822,9
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	männlich	8,7	1,5	1,0	0,7	2,2	9,2	42,1
	weiblich	6,9	1,1	0,5	0,4	1,0	4,3	27,5
	zusammen	7,8	1,3	0,8	0,5	1,6	6,5	34,4
Eosartige Neubildungen ¹⁾	männlich	269,9	4,0	6,7	9,3	32,3	305,7	1 704,5
	weiblich	250,0	3,2	4,1	5,2	25,1	242,2	974,4
	zusammen	259,7	3,6	5,4	7,3	33,6	271,8	1 231,7
Diabetes mellitus	männlich	12,4	0,1	0,2	0,3	1,6	10,3	88,9
	weiblich	21,3	0,0	0,1	0,4	0,9	9,2	111,4
	zusammen	18,3	0,1	0,2	0,3	1,4	9,7	103,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	männlich	547,3	1,4	3,0	4,7	36,8	474,6	3 962,0
	weiblich	619,6	1,0	1,9	3,1	14,9	144,1	3 097,4
	zusammen	585,0	1,2	2,4	3,9	26,2	280,1	3 402,1
Krankheiten der Atmungsorgane	männlich	83,7	2,1	2,0	2,4	4,4	12,7	684,2
	weiblich	55,0	1,4	1,9	2,1	3,1	18,2	263,0
	zusammen	68,7	1,8	2,0	2,2	3,7	29,6	398,0
Krankheiten der Verdauungsorgane	männlich	61,6	0,6	0,5	1,7	22,5	39,2	324,9
	weiblich	51,8	0,5	0,5	1,1	10,0	11,7	214,3
	zusammen	59,9	0,5	0,5	1,4	16,4	68,5	253,3
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	männlich	16,4	0,1	0,1	0,4	1,2	9,2	125,3
	weiblich	15,7	0,1	0,3	0,2	1,0	7,5	22,6
	zusammen	16,0	0,1	0,2	0,3	1,1	8,3	91,2
Sonstige Krankheiten	männlich	77,5	10,0	9,7	13,4	27,8	77,5	329,1
	weiblich	80,2	9,0	7,0	7,5	14,2	14,7	297,5
	zusammen	78,9	9,5	8,4	10,6	21,2	40,0	308,6
Unfälle und Gewalteinwirkungen	männlich	85,0	18,6	84,7	102,2	75,0	88,6	291,0
	weiblich	57,1	10,6	27,2	26,3	23,9	17,8	163,7
	zusammen	68,7	14,7	56,8	65,4	50,2	61,5	176,8
Unfälle	männlich	51,5	16,3	66,7	69,7	36,4	32,2	136,7
	weiblich	34,0	9,4	20,1	15,5	9,1	14,6	135,4
	zusammen	43,3	13,0	44,2	43,5	23,1	27,5	135,9
Selbstmord und Selbstbeschädigung	männlich	29,8	1,3	14,6	27,7	33,4	41,0	58,1
	weiblich	13,1	0,4	4,8	7,6	11,8	20,7	24,3
	zusammen	21,3	0,9	9,9	18,0	22,9	30,3	36,2
Sonstige Gewalteinwirkungen	männlich	4,5	0,9	3,3	4,8	5,3	5,5	6,2
	weiblich	7,7	0,8	2,2	3,1	3,0	2,5	3,9
	zusammen	3,6	0,9	2,8	4,0	4,2	3,9	4,7
Insgesamt	männlich	1 167,7 ²⁾	30,3	107,9	135,0	284,1	1 067,1	7 429,0
	weiblich	1 154,6 ²⁾	26,9	43,6	46,2	104,1	559,7	5 221,8
	insgesamt	1 161,4 ²⁾	32,8	76,7	92,0	155,4	796,0	5 999,7

²⁾ Ergebnis der Todesursachenstatistik.

¹⁾ Einschl. des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes.

³⁾ Einschl. Sterbefälle von Säuglingen bis zu einem Jahr sowie Sterbefälle von Personen unbekanntes Alters.

Quelle: Statistisches Bundesamt 1984, 129

Tab. 2 Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht
1980-1982 *)

Alter in Jahren	Mädchen	Jungen
0	76,85	70,18
10	67,90	61,40
15	62,97	56,49
20	58,10	51,79
25	53,23	47,14
30	48,37	42,42
.	.	.
.	.	.
.	.	.

*) Ergebnis der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Quelle: Statistisches Bundesamt 1984, 35

Tab. 3

Mortalität Jugendlicher nach ausgewählten Ursachen und Geschlecht

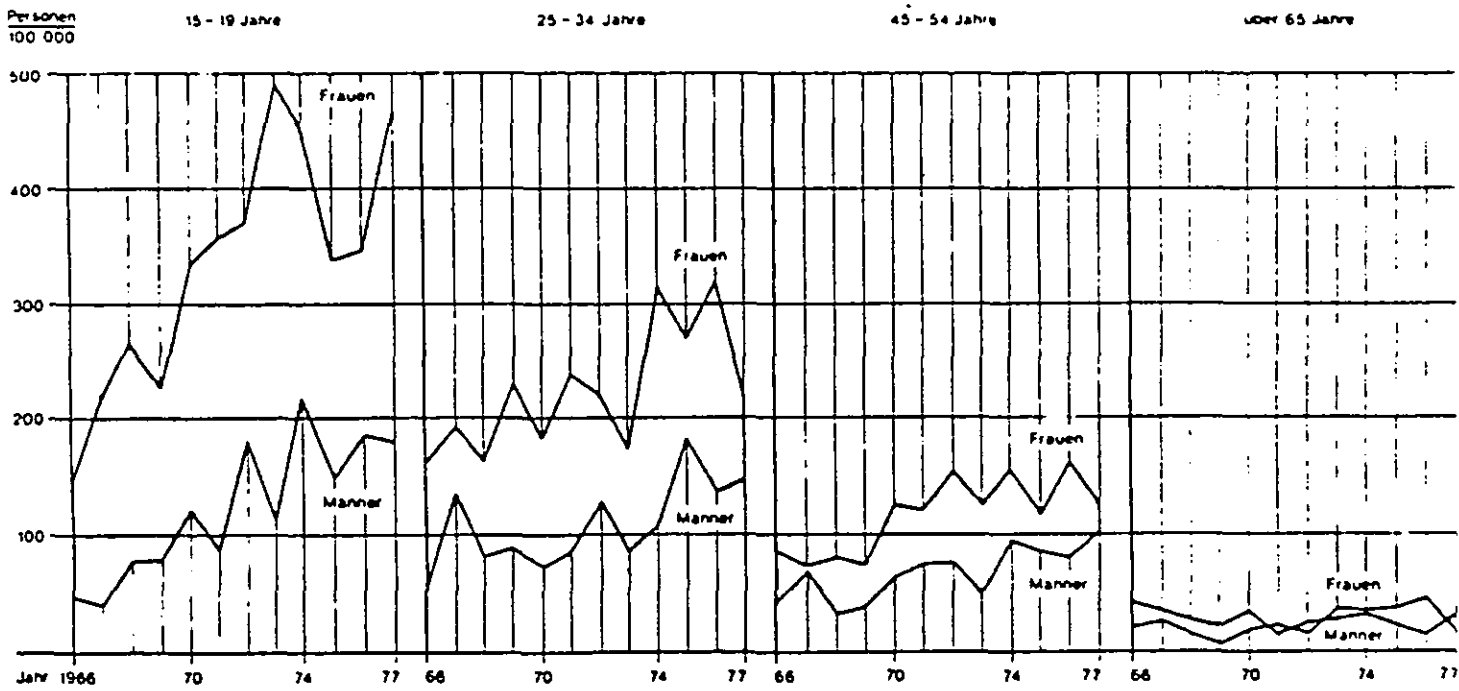
	Pos.-Nr. der ICD/9	Altersspezifische Mortalitätsraten pro 100.000		Anteil an allen Todesursachen in %	
		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Neubildungen	140- 239	6,5	4,2	9,0	12,9
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	320- 389	2,6	1,5	3,6	4,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	390- 459	2,4	1,4	3,3	4,4
Krankheiten der Atmungsorgane	460- 519	1,5	1,6	2,0	5,0
Kongenitale Anomalien	740- 759	1,3	1,1	1,9	3,6
Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen	E800-E999	53,2	18,6	73,7	57,4
davon:					
- KFZ-Unfälle im Verkehr	E810-E819	34,8	12,0	48,2 *	37,1 *
- Selbstmord und Mord	E950-E959	9,4	3,1	13,0 *	9,5 *
Alle Todesursachen	001- 999	72,2	32,3	100,0	100,0

Grundgesamtheit: 10- bis 20jährige Jugendliche, BRD

Quelle: STATISTISCHES JAHRBUCH 1984
zitiert nach ALLHOFF/LAASER/RENNEN-ALLHOFF
1985/86, 27

*) Die entsprechenden Angaben des Statistischen Bundesamtes (1985) für 15- bis 20jährige lauten 50,9 und 35,6 für KFZ-Unfälle; 17,3 und 13,8 für Selbstmord.

Abb. 4 Selbstmordversuchsraten nach Alter und Geschlecht
im zeitlichen Verlauf



Quelle: WELZ 1980, 26

Tab. 5 Prävalenz von schweren Gesundheitsstörungen bei Jugendlichen nach Geschlecht

Krankheiten	Prävalenz in ‰	
	männlich	weiblich
Hautkrankheiten	2,3	2,4
Cerebrale Anfallsleiden und Bewegungsstörungen	2,6	1,7
Geistige Leistungsschwäche als Folge organischer Erkrankungen, Anomalien, Verletzungen des Zentralnervensystems	4,3	0,7
Minderbegabung bzw. Schulversagen ohne bekannte organische Ursache	13,3	11,2
Sprachstörungen	3,8	1,6
Krankheiten der Augen (Strabismus, Amblyopie, Refraktionsanomalien)	5,4	5,0
Horstörungen	1,6	1,5
Skoliose	1,4	3,7
Hüftluxation, Hüftdysplasien	0,3	1,2
Fettsucht	15,9	31,5

Grundgesamtheit: 15- bis 17jährige Schulentlassene 1982/83, Berlin

Quelle: SCHOLZ (1984)
zitiert nach ALLHOFF/LAASER/RENNEN-ALLHOFF 1985/86, 29

Tab. 6 Prävalenz von leichten und mittleren Gesundheitsstörungen bei Jugendlichen

Krankheiten	Prävalenz in ‰	
	männlich	weiblich
Hautkrankheiten	111,8	85,6
Krankheiten des Nervensystems	18,8	12,2
Krankheiten der Augen	287,4	268,8
Horstörungen	15,8	11,6
Regulationsstörungen des Kreislaufs	9,0	14,7
Thoraxverbildungen, Haltungsanomalien	51,2	42,9
Skoliosen, Kyphosen	57,0	68,6
Fußfehler	55,0	42,8
Übergewicht	27,8	50,1

Grundgesamtheit: 15- bis 17jährige Berliner Schulentlassene 1982/83

Quelle: SCHOLZ (1984)
zitiert in ALLHOFF/LAASER/RENNEN-ALLHOFF 1985/86, 30

Tab. 7

Beschwerden in den letzten 12 Monaten nach Alter
und Geschlecht
(Mehrfachnennungen)

Beschwerden	Gesamt	M		W	
		12-17	18-24	12-17	18-24
Basis:	11 711	2 905	3 097	2 764	2 945
	%	%	%	%	%
Keine	25	34	27	23	16
Kopfschmerzen/Migräne	36	29	31	36	47
Erschöpfungs- und Ermüdungszu- stände	26	16	29	22	36
Kreislaufstörungen/ Benommenheit	25	16	19	28	40
Nervosität/Unruhe	23	14	22	22	32
Traurige Verstimmung	19	12	16	25	24
Magenschmerzen/ Sodbrennen	18	15	21	15	20
Appetitlosigkeit	15	12	13	18	15
Schlafstörungen/ Schlaflosigkeit	14	12	13	17	16
Angstgefühl	13	10	9	15	18
Vergeßlichkeit	13	12	14	14	12
Durchschnittlich	2,5	1,8	2,2	2,6	3,2

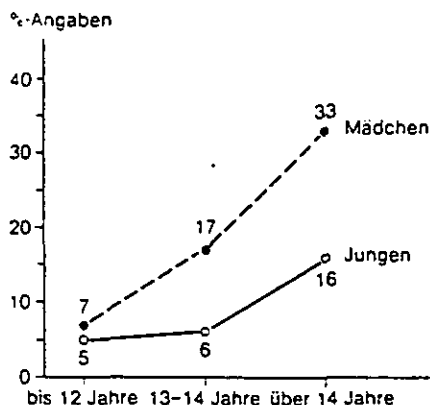
Grundgesamtheit: 12- bis 24jährige, BRD ohne Bremen, Hessen,
Berlin W.

Quelle: BMJFG 1983, 85

Abb. 8

Kreislaufbeschwerden nach Alter und Geschlecht

Kreislaufbeschwerden in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter
 Wie häufig treten Kreislaufbeschwerden bei Ihnen auf? (% für „gelegentlich“ bis „oft“)



Legende: % Nennungen "gelegentlich" bis "oft"

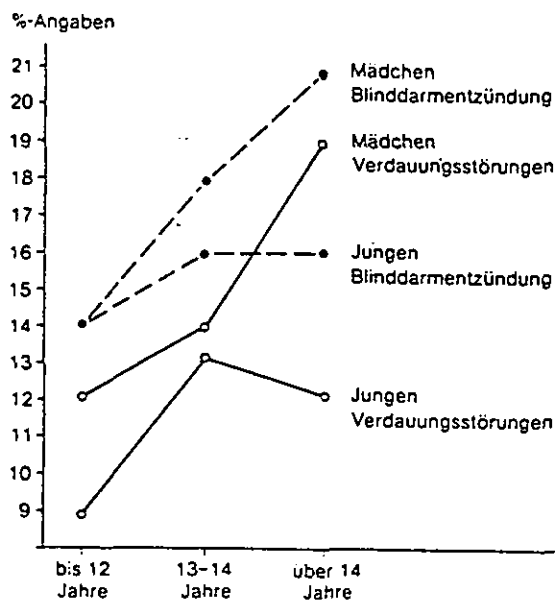
Grundgesamtheit: Schüler der 1.-10. Klassen, BRD 1973/74

Quelle: REUTER/HÖCHER 1977, 57

Abb. 9

Verdauungsstörungen und Blinddarmentzündung nach Alter und Geschlecht

Verdauungsstörungen und Blinddarmentzündung in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter



Grundgesamtheit: Schüler der 1.-10. Klassen, BRD 1973/74

Quelle: REUTER/HÖCHER 1977, 56

Tab. 10

Problemgruppen

Zusammenstellung auffälliger Problemgruppen

Müdigkeit im Unterricht trotz ausreichenden Schlafes	weibliche Realschüler ab 13. Lebensjahr
häufige Kopfschmerzen	weibliche Hauptschüler ab 13. Lebensjahr
Appetitstörungen	weibliche Hauptschüler bis 12. Lebensjahr
Schwindelgefühl	alle weiblichen Schüler ab 13. Lebensjahr
Übelkeit	weibliche Hauptschüler bis 12. Lebensjahr

Grundgesamtheit: Schüler der 1.-10. Klassen, BRD 1973/74

Quelle: REUTER/HÖCHER 1977, 59

Tab. 11

Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes und Krankheiten in den letzten 3 Monaten nach Arbeits-/Ausbildungssituation und Geschlecht

	Ledige Frauen		Ledige Männer	
	in Schule/ Studium	in Beruf/ Berufsausbildung	in Schule/ Studium	in Beruf/ Berufsausbildung
Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes als schlecht	10	15	13	9
Krankheiten in den letzten 3 Monaten				
- Verdauungsbeschwerden	10	14	7	4
- hartnäckiger Husten	19	14	11	8
- Rheumatismus	5	1	3	3
- Bandscheiben	2	3	3	1
- Kreislaufbeschwerden	19	17	6	8
- Kopfschmerzen	17	19	6	9
- Schlafstörungen	3	1	3	1
- nervöse Unruhe	12	9	7	8

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 14 Jahre, hier 14- bis 25jährige, BRD

Quelle: Effizienzkontrolle der BZgA 1977-1981, zitiert in REUTER 1982, 146

Tab. 12 Beschwerden und Krankheiten in den letzten drei Monaten nach Geschlecht

- Spaltenprozente -

	14-19 Jahre		20-29 Jahre	
	Mädchen	Jungen	Frauen	Männer
Index Verdauungssystem	26	8	28	18
darunter: Verdauungsbeschwerden oder Verstopfung	14	2	17	4
neue Zahnschäden, Zahnschmerzen	20	17	32	24
Index Atmungsorgane	56	34	34	29
darunter: Grippe und Erkältungskrankheiten	50	25	32	23
Index Harn- und Geschlechtsorgane	17	2	26	3
darunter: Unterleibsbeschwerden	16	0	18	1
Index Hautleiden	13	18	16	11
Index Skelett/Muskeln	23	15	22	25
Index Herz-Kreislaufbeschwerden	29	13	36	12
darunter: Kreislaufbeschwerden	26	12	31	6
Beschwerden aufgrund von Wetterveränderungen	17	3	16	11
Krankheiten oder Knochenbrüche aufgrund von Unfällen	5	4	1	7
mindestens eine Beschwerde genannt	84	59	80	69
keine Beschwerde genannt	16	41	20	31

Legende:

- Index Verdauungssystem = Darminfektion oder Durchfallerkrankungen, Verdauungsbeschwerden oder Verstopfung, Magen- oder Zwölffingerdarm-, Leber-, Gallen- oder Gallengangbeschwerden
- Index Atmungsorgane = Grippe oder Erkältungskrankheiten, Bronchitis, Asthma, Staublunge, hartnäckiger Husten
- Index Harn- und Geschlechtsorgane = Nierenbeschwerden, Blasen- oder Harnröhrentzündung, Unterleibsbeschwerden
- Index Hautleiden = Allergien, Leiden wie Ekzeme, Furunkel, Flechten, Pilze
- Index Skelett/Muskeln = Rheumatismus oder Gelenkentzündung, Bandscheibenbeschwerden, Gelenkschäden, schmerzhafte Muskelverspannungen
- Index Herz-/Kreislaufbeschwerden = Herz-, Kreislaufbeschwerden, zu hoher Blutdruck, Krankheiten der Arterien, Hämorrhoiden, Krampfadern.

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 14 Jahre, hier 14- bis 29jährige, BRD

Quelle: Aktionsgrundlagen der BZgA 1984, Teilband Gesundheit/Gesundheitsvorsorge, F 155

Tab. 13

Psychosomatische Beschwerden nach Alter und Geschlecht

	GESAMT	MÄNNER ALTER						FRAUEN ALTER						
		bis 19 Jahre		20-29 Jahre		30-39 Jahre		40-49 Jahre		50-59 Jahre		60-69 Jahre		
		S-Z	S-X	S-Z	S-X	S-Z	S-X	S-Z	S-X	S-Z	S-X	S-Z	S-X	
WASSERGENÜGTET?	2001	122	127	131	171	129	173	128	174	137	161	148	167	122
Haben Sie Kopfschmerzen?														
fast täglich	2	1	4	8	1	2	5	6	1	7	1	5	3	6
alle paar Tage	9	3	7	6	3	3	6	9	13	13	12	13	17	9
alle paar Wochen	24	9	19	21	18	24	21	24	34	26	38	30	25	26
alle paar Monate	35	36	37	39	44	34	21	41	36	39	39	32	24	35
nie/KA	36	51	41	34	32	34	47	26	16	18	18	29	31	29
SUNNE	100	100	100	99	100	99	100	100	100	99	99	101	100	101
Ersuchen Sie schnell?														
fast täglich	7	6	8	2	4	3	11	4	7	8	8	9	18	15
alle paar Tage	13	3	4	7	2	2	28	14	19	15	12	14	17	30
alle paar Wochen	16	17	13	14	15	19	13	13	17	14	16	28	15	19
alle paar Monate	17	18	14	22	16	16	6	13	21	24	28	16	13	16
nie/KA	47	62	54	54	58	47	47	55	37	46	42	48	44	28
SUNNE	100	99	99	101	98	100	99	101	101	101	100	101	101	100
Spüren Sie es an ganzen Körper, wenn Sie sich über etwas aufregen?														
fast täglich	3	2	1	2	2	3	4	8	5	7	5	4	4	7
alle paar Tage	9	4	5	7	6	2	7	14	11	13	10	16	12	6
alle paar Wochen	17	7	7	13	16	24	14	12	15	19	28	22	21	25
alle paar Monate	19	3	19	26	18	19	29	23	28	23	23	26	19	18
nie/KA	52	23	48	51	58	51	53	52	46	43	42	43	42	44
SUNNE	100	101	100	99	100	99	100	101	99	101	100	99	99	100
Vorspüren Sie Schwandel-gefühle?														
fast täglich	2	8	1	1	1	2	1	2	7	1	7	5	2	2
alle paar Tage	7	4	2	4	3	3	12	5	9	10	6	7	12	12
alle paar Wochen	11	7	1	7	6	9	11	14	17	12	9	16	14	17
alle paar Monate	17	18	16	9	13	9	13	23	14	24	19	25	19	25
nie/KA	63	68	88	88	75	75	62	52	56	54	63	47	52	39
SUNNE	100	99	100	100	100	98	101	100	100	102	100	100	100	101
Sind Sie nervös?														
fast täglich	7	2	5	7	6	7	7	5	7	11	9	9	11	5
alle paar Tage	12	8	7	11	14	9	9	26	14	13	12	8	16	11
alle paar Wochen	17	11	10	20	12	12	11	11	23	29	19	31	13	15
alle paar Monate	11	15	23	24	23	18	13	27	26	15	26	17	14	24
nie/KA	44	59	49	37	45	54	60	36	33	32	33	34	46	51
SUNNE	99	99	102	101	100	100	100	101	99	100	100	99	100	102
Ist Ihnen übel?														
fast täglich	6	8	8	9	1	1	6	8	1	6	1	1	1	1
alle paar Tage	2	8	2	1	1	2	2	6	3	4	1	3	2	2
alle paar Wochen	7	5	7	6	4	2	3	17	18	4	8	7	12	6
alle paar Monate	10	22	20	21	14	9	9	38	22	21	29	14	15	24
nie/KA	77	74	76	71	31	85	66	52	63	71	75	73	71	72
SUNNE	100	101	101	99	101	99	100	99	99	100	102	100	101	101
Fühlen Sie sich den ganzen Tag über müde und erschlagen?														
fast täglich	3	6	2	5	4	1	3	1	2	3	4	3	4	3
alle paar Tage	5	2	3	1	1	5	18	2	5	8	4	6	9	18
alle paar Wochen	14	8	18	15	17	11	12	20	24	18	11	14	14	20
alle paar Monate	35	14	31	26	27	29	16	38	24	24	23	24	22	25
nie/KA	53	76	54	56	58	55	58	43	43	47	52	49	51	48
SUNNE	100	100	100	99	101	101	99	101	100	100	100	98	100	100

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 14 Jahre, hier 14- bis 29jährige, BRD

Quelle: Aktionsgrundlagen der BZgA 1984, Teilband Gesundheit/Gesundheitsvorsorge, 75ff

Die Nennungsunterschiede bei "empfindlicher Magen", "bei geringer Anstrengung Herzklopfen", "plötzliche Schweißausbrüche", "Schmerzen in der Herzgegend", "Sodbrennen", "Schlafstörungen" und "Atemnot" sind nicht aussagekräftig.

Tab. 14 Einschätzung der Häufigkeit des eigenen Alkoholkonsums von Jugendlichen nach Getränk und Geschlecht

Häufigkeit des Alkoholkonsums	Jungen			Mädchen		
	Alkoholisches Getränk			Alkoholisches Getränk		
	Bier	Wein	Longdrink	Bier	Wein	Longdrink
täglich/ mehrfach pro Woche	16	5	7	6	2	3
einmal pro Woche	6	5	4	5	4	3
mehrfach im Monat	8	7	9	6	8	6
selten	29	41	24	32	42	28
nie	41	42	56	51	44	60
	100	100	100	100	100	100

Grundgesamtheit: 13- bis 18jährige Jugendliche, BRD

Quelle: Ernährungsbericht 1984, 134

Tab. 15

Entwicklung des Alkoholkonsums in der Gruppe
der 14- bis 25jährigen 1971-1982

	1971 %	1973 %	1976 %	1979 %	1982 %
<u>BIER</u>					
● REGELMÄßIGE TRINKER	36	37	33	33	29
● GELEGENTLICHE TRINKER	35	34	36	35	31
● NICHT-TRINKER	29	27	30	32	40
<u>WEIN</u>					
● REGELMÄßIGE TRINKER	9	10	10	8	9
● GELEGENTLICHE TRINKER	53	53	51	50	46
● NICHT-TRINKER	38	37	39	42	45
<u>SPIRITUOSEN</u>					
● REGELMÄßIGE TRINKER	4	8	7	5	3
● GELEGENTLICHE TRINKER	29	43	36	33	28
● NICHT-TRINKER	67	49	57	62	59

Legende:

"Regelmäßige Trinker" = "trinke täglich" +
"mehrmals in der Woche"

"Gelegentliche Trinker" = "trinke 1x in
der Woche" + "mehrmals im Monat" + "einmal
im Monat"

"Nicht-Trinker" = "seltener" + "trinke
nicht"

Grundgesamtheit:

14- bis 25jährige, BRD

Quelle:

Wiederholungsbefragung der BZgA ("Drogen-
affinität") 1982, zitiert nach REUTER
1982, 47

Tab. 16

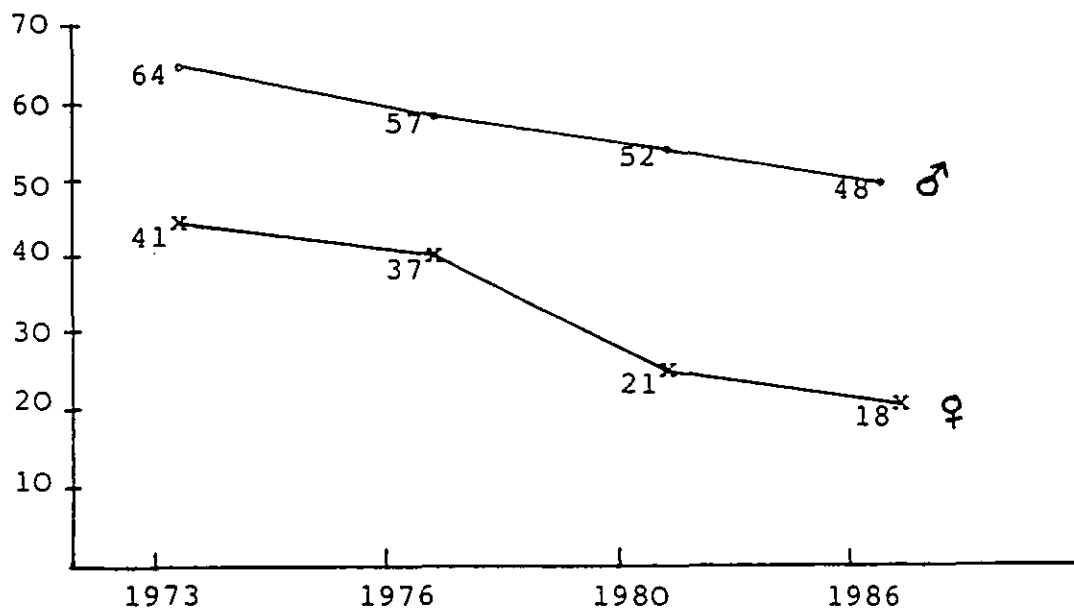
Konsumentenanteile nach Geschlecht

Quelle (Bereich)	Grundgesamtheit	Legende	regelmäßige Konsumenten		gelegentliche Konsumenten	
			Frauen	Männer	Frauen	Männer
JUGEND FRAGT JUGEND (1986, Bayern)	12- bis 24jährige	regelmäßig: = z.Zt. täglich oder mehrmals wöchentlich gelegentlich: = mehr- mals im Monat	18 ^{*)}	48	35	21
GOLOMBEK/JACOBSEN/ STALLMANN (1984, Berlin)	Schüler der 9. und 10. Klassen	wie JUGEND FRAGT JUGEND 1986	29	36	28	22
BMJFG (1983, BRD)	12- bis 24jährige	wie JUGEND FRAGT JUGEND 1986	13	34	36	27
Effizienzkontrolle des BZgA 1977-81 zitiert in REUTER 1982, 153 vgl. Tab. 3.4	berechnet für 14- bis 25jährige Ledige	regelmäßig: = regel- mäßig täglich und regelmäßig mehrmals in der Woche	20	41	-	-

*) Lesebeispiel: 18% der befragten weiblichen Jugendlichen sind regelmäßige Alkoholkonsumenten

Abb. 17

Anteile regelmäßiger Alkoholkonsumenten
nach Geschlecht 1973-1984



Legende: Zur Zeit täglich oder mehrmals wöchentlich
Alkohol trinken

Grundgesamtheit: 12- bis 24jährige, Bayern

Quelle: nach JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 31

Tab. 18 Einstellung zu Alkohol nach Alter und Geschlecht

Einstellung zu Alkohol	15-17 Jahre		18-20 Jahre		21-24 Jahre		Gesamt	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
trinke gerne	27	22	46	28	45	27	41	26
mache mir nicht viel draus	53	58	48	57	48	63	49	59
trinke gar keinen	20	20	7	15	7	10	10	15

Grundgesamtheit: 15- bis 24jährige, BRD

Quelle: FISCHER 1985, 42

Tab. 19

Alkoholkonsum nach Arbeits-/Ausbildungssituation und Geschlecht

	Ledige Frauen		Gesamt	Ledige Männer		Gesamt
	in Schule/ Studium	in Beruf/ Berufsausbildung		in Schule/ Studium	in Beruf/ Berufsausbildung	
regelmäßiger Bierkonsum	8	13	10	29	46	38
regelmäßiger Weinkonsum	6	15	10	6	10	8
regelmäßiger Spirituosenkonsum	2	8	5	3	10	7
regelmäßiger Alkoholkonsum	15	26	20	30	50	41

Legende:

regelmäßig: = regelmäßig täglich und regelmäßig mehrmals in der Woche

Grundgesamtheit:

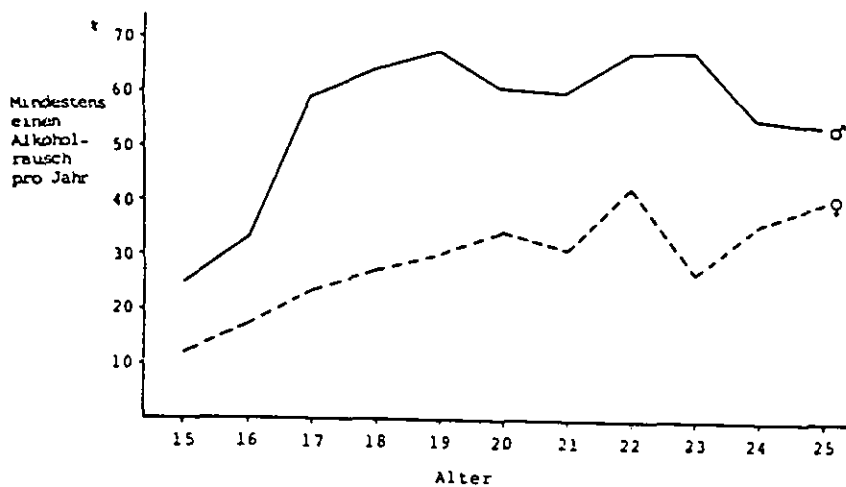
Bevölkerung ab 14 Jahre; hier berechnet für 14- bis 25jährige, BRD

Quelle:

Effizienzkontrolle der BZgA 1977-81, zitiert in REUTER 1982, 153

Abb. 20

Rauscherfahrung in männlichen und weiblichen
Altersgruppen



Legende:

Mindestens einen Alkoholrausch pro Jahr

Grundgesamtheit:

15- bis 25jährige, Zürich und Umland
Erhebung 1977/78

Quelle:

HORNUNG/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 61

Tab. 21 Trinkintensität (alle Alkoholsorten)
nach Geschlecht
 - Spaltenprozentage -

	Mädchen	Jungen	Gesamt
nie	4,1	7,5	5,8
1-2 Glas pro Trinksituation	64,9	54,0	59,3
3-4 Glas pro Trinksituation	22,4	21,3	21,9
5 Glas pro Trinksituation	8,6	17,1	13,0

Legende: vgl. Tab. 16

Grundgesamtheit: Schüler/innen der 9. und 10. Klassen
 (~ 16- bis 17jährigen), Berlin

Quelle: GOLOBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 84

Tab. 23 Durchschnittlicher Konsum der Alkoholkonsumenten nach Alter und Geschlecht (Gläser pro Woche)
(in Klammern die Vergleichszahl 1980)

	12-17jährige		18-24jährige	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
Bier	3 (2)	5 (6)	3 (4)	9 (11)
Wein	1 (2)	2 (1)	2 (2)	2 (3)
Spirituosen	8 (2)	6 (3)	6 (2)	5 (4)

Legende: Ein Glas Bier = 0,5 l;
ein Glas Wein = 0,25 l;
ein Glas Spirituosen = 0,02 l.
Es wurden bei der Durchschnittsberechnung nur Befragte mit Angaben zum Gläserkonsum berücksichtigt

Grundgesamtheit: 12- bis 24jährige, Bayern 1984

Quelle: JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 1986

Tab. 24 Verschiedene Alkoholika nach Trinkhäufigkeit, Intensität, Geschlecht und Alter

Bier

a) Häufigkeit

	14 bis 19 Jahre		20 bis 29 Jahre	
	Mädchen	Jungen	Frauen	Männer
regelmäßig	8	29	12	49
gelegentlich	33	29	42	39
selten	8	0	7	2
nie	49	43	37	11

b) Konsummenge pro (Trink-)Tag
berechnet für die Biertrinker

	14 bis 19 Jahre		20 bis 29 Jahre	
	Mädchen	Jungen	Frauen	Männer
0,2 - 0,5 l	71	49	63	22
0,6 - 1,0 l	26	37	25	41
1,1 - 1,5 l	0	10	6	17
1,6 - 2,0 l	0	6	3	15
≥ 2,1 l	0	0	1	5

Wein

a) Häufigkeit

	14 bis 19 Jahre		20 bis 29 Jahre	
	Mädchen	Jungen	Frauen	Männer
regelmäßig	5	3	4	4
gelegentlich	36	29	61	39
selten	34	17	20	31
nie	26	49	14	25

b) Konsummenge pro (Trink-)Tag
berechnet für Weintrinker

	14 bis 19 Jahre		20 bis 29 Jahre	
	Mädchen	Jungen	Frauen	Männer
0,1 - 0,2 l	31	17	25	21
0,3 - 0,5 l	64	64	60	56
0,6 - 0,7 l	1	7	6	13
0,8 - 1,0 l	2	12	4	5
≥ 1,0 l	2	0	3	5

Spirituosen

a) Häufigkeit

	14 bis 19 Jahre		20 bis 29 Jahre	
	Mädchen	Jungen	Frauen	Männer
regelmäßig	0	1	1	7
gelegentlich	34	29	20	38
selten	7	7	21	16
nie	59	64	58	40

b) Konsummenge pro (Trink-)Tag berechnet für Spirituosentrinker

	14 bis 19 Jahre		20 bis 29 Jahre	
	Mädchen	Jungen	Frauen	Männer
2 cl	43	34	43	19
4 cl	47	25	31	29
6 cl	8	32	18	21
8 cl	0	0	3	12
≥ 10 cl	4	9	3	16

Legende:

regelmäßig: = "an 3 oder mehr Gelegenheiten täglich" + "an 2 Gelegenheiten täglich" + "fast täglich" + "3 bis 4 mal wöchentlich"

gelegentlich: = "1 bis 2 mal wöchentlich" + "2 bis 3 mal monatlich" + "ungefähr 1 mal monatlich"

selten: = "weniger als 1 mal monatlich" + "mindestens 1 mal im Jahr" + "weniger als 1 mal jährlich"

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 14 Jahre, BRD

Quelle: Aktionsgrundlagen der BZgA (1984), Teilband Alkohol

Tab. 25 Alkoholgefährdete nach Geschlecht

	Mädchen	Jungen
Feuerlein-Index:		
0 Punkte	74	53
1 Punkt	15	20
2 Punkte	7	13
3 Punkte	3	8
≥ 4 Punkte	2	6

(Konsumindex: analoge Ergebnisse)

Grundgesamtheit: 12- bis 24jährige, BRD ohne Bremen, Hessen und Berlin W.

Quelle: BMJFG 1983, 45

Tab. 26 Geschlechtsunterschiede bei den Konsumhäufigkeiten der verschiedenen Alkoholsorten anhand der Extreme "nie" bzw. "regelmäßig"

	Nie		Regelmäßig	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
Bier	40	24	14	30
Wein	17	25	11	10
Sekt	7	16	7	6
Mixgetränke	38	42	11	12
Likör	54	59	3	3
Schnaps	76	60	3	7

Legende: vgl. Tab. 16

Grundgesamtheit: Schüler/innen der 9. und 10. Klassen (~16- bis 17jährigen), Berlin

Quelle: GOLOBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 76

Tab. 27

Konsumintensität (Wein, Bier, Sekt) nach Alter
und Geschlecht

	14-19 Jahre		20-29 Jahre	
	Mädchen	Jungen	Frauen	Männer
<u>Bier</u>				
mindestens einmal im Monat	22	46	42	78
davon: mehrmals pro Woche	5	19	13	51
<u>Wein</u>				
mindestens einmal im Monat	17	14	33	30
davon: mehrmals pro Woche	0	1	5	5
<u>Sekt</u>				
mindestens einmal im Monat	6	4	11	11
davon: mehrmals pro Woche	0,1	-	1,0	0,1

Legende:

"mindestens einmal im Monat" umfaßt die Kategorien "regelmäßiger" und "gelegentlicher" Konsum, wie sie in anderen Untersuchungen gebildet wurden.

Grundgesamtheit:

Bevölkerung ab 14 Jahre, BRD

Quelle:

BURDA Marktforschung, auf Anfrage Daten
Mai 1986

Tab. 28

Trinkanlässe und Trinkorte nach Geschlecht

	weibliche Jugendliche mit Probiererfahrung	männliche Jugendliche	Gesamt
Conviviales Trinken:			
Beim Fernsehen	11	20	16
Beim Abendessen	25	31	28
Beim Mittagessen	5	9	7
Bei der Arbeit/ berufsbedingt	1	5	3
Soziales Trinken:			
Zu festlichen Anlässen	91	89	90
Zu Parties	76	78	77
Wenn man sich mit Freunden trifft	41	47	44
Beim Volksfest	29	44	37
Im Urlaub	35	40	38
Wenn die Familie abends zusammen- sitzt	27	26	26
Im Verein	11	29	20
Im Kreis von Arbeitskollegen	9	19	14
Hedonistisches Trinken:			
In der Stammkneipe/ beim Frühschoppen	7	24	16
Wenn man allein zu Hause ist	4	10	7

Grundgesamtheit: 12- bis 24jährige, BRD ohne Bremen,
Hessen, Berlin W.

Quelle: BMJFG 1983, 37 ff

Tab. 29

Trinkorte nach Geschlecht und Alter

- berechnet für Alkoholkonsumenten -

	12-17 Jahre		18-24 Jahre	
	Mädchen	Jungen	Frauen	Männer
Zu Hause	33	31	20	13
Bei Freunden	33	25	36	24
In der Kneipe/ Gasthaus	16	24	21	43
Überall gleich/ wechselt	13	16	22	19

Grundgesamtheit:12- bis 24jährige Alkoholkonsumenten,
BayernQuelle:

JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 36

Tab. 30

Trinksituation nach Arbeits-/Ausbildungssituation
und Geschlecht

	Ledige Frauen		Ledige Männer	
	in Schule/ Studium	in Beruf/ Berufsaus- bildung	in Schule/ Studium	in Beruf/ Berufsaus- bildung
Beim Fernsehen	11	16	12	23
Abends, bei der Familie	14	16	20	19
Im Verein oder Club	10	17	24	37
Im Stammlokal/ in Gaststätten	20	27	29	47

Grundgesamtheit: hier 14- bis 25jährige, BRD

Quelle: Effizienzkontrolle der BZgA 1977-1981,
zitiert in REUTER 1982, 153

Tab. 31

Meinungen zum Alkoholkonsum (1975) nach Geschlecht

Faktoren/Statements	Faktoren- ladungen**	Männer 14 - 29	Frauen 14 - 29
trifft genau zu/ trifft zu	Basls:	896 %	845 %
Utilitaristisches Trinken (32% Varianzanteil)			
Mit Alkohol erscheint mir alles leichter und weniger bedrohlich	69	10	7
Wenn ich etwas getrunken habe, habe ich weniger Angst	69	15	11
Alkohol vertreibt mir schlechte Laune und Unlustgefühle	68	17	11
Mit Alkohol fällt es mir leichter, sexuelle Angebote zu machen bzw. auf solche einzugehen	68	12	7
Alkohol läßt mich unangenehme Dinge leichter vergessen	67	19	13
Conviviales Trinken (17% Varianzanteil)			
Mein Beruf bringt es gewissermaßen automatisch mit sich, daß ich praktisch täglich etwas Alkoholisches trinke	68	5	2
Alkohol ist für mich ein Nahrungsmittel	64	6	3
Alkohol verbessert meine Leistungsfähigkeit	61	3	2
Zu jeder Mahlzeit gehört für mich ein Glas Bier oder Wein	52	11	4
Trinken als Selbstmedikation (13% Varianzanteil)			
Wenn es mir hundeelend ist, hilft mir ein Glas Schnaps wieder auf die Beine	70	11	10
Ein Magenbitter oder ein Gläschen Cognar oder Schnaps sorgen dafür, daß mir das Essen besser bekommt	58	17	12
Mein niedriger Blutdruck läßt sich mit Alkohol leicht ins Lot bringen	43	4	7

Grundgesamtheit: Bevölkerung von 14-49 Jahre, BRD 1975

Quelle: BMJFG 1983, 34 f.

Tab. 32

Einstellungen zum Alkohol nach Geschlecht

	Mädchen	Jungen
Soziales Trinken:		
Es gibt Gelegenheiten im Beruf und im Privatleben, da muß man einfach mittrinken	47	52
Wenn ich nicht mittrinken würde, würde ich mich ausgeschlossen fühlen	14	21
Wenn ich was getrunken habe, bin ich unheimlich lustig	58	57
Konflikttrinken *)		
Wenn man Probleme hat	8	18
Wenn man besonders nervös und abgespannt ist	7	15
Trinken zur Überwindung von Hemmungen:		
Wenn ich was getrunken habe...		
... kann ich mehr aus mir rausgehen	42	44
... kann ich leichter jemand ansprechen, der mir gefällt	28	38
... traue ich mir viel mehr zu	30	32

Grundgesamtheit:

12- bis 24jährige Alkoholkonsumenten,
(bei *) 18- bis 24jährige Alkoholkonsumenten), Bayern

Quelle:

JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 35 f.

Tab. 33

Einstellung zum Betrunkensein nach Geschlecht

		Mädchen	Jungen	Gesamt
Jeder sollte irgendwann die Erfahrung des Betrunkenseins gemacht haben				
trifft genau zu	= 5	16	24	20
	4	12	14	13
	3	16	18	17
	2	13	13	13
trifft gar nicht zu	= 1	40	29	34

Grundgesamtheit: 12- bis 24jährige, BRD ohne Bremen, Hessen, Berlin W., Baden-Württemberg

Quelle: BMJFG 1983, 26

Tab. 34

Alkoholkonsummotive nach Alter und Geschlecht

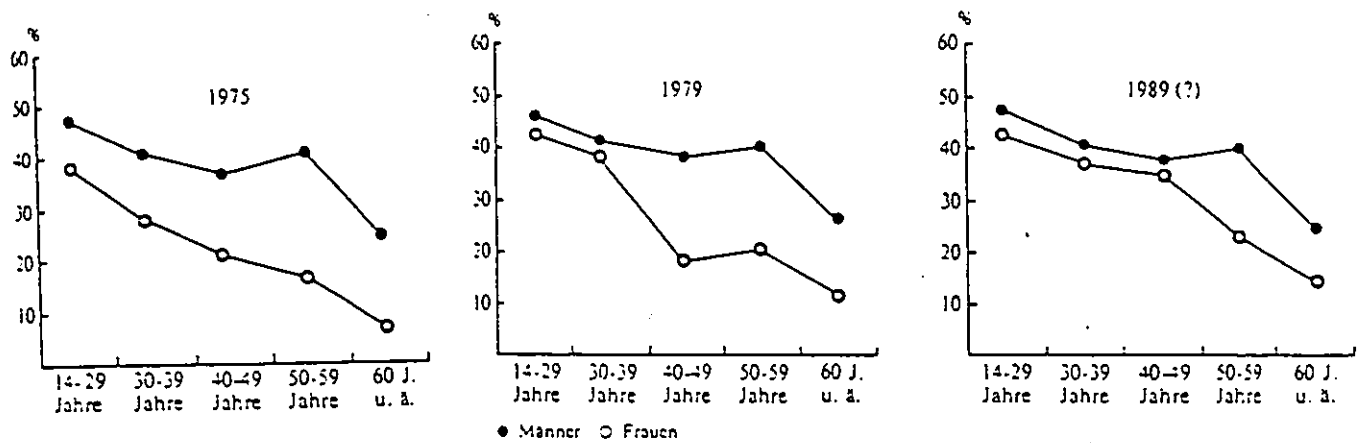
	Diese Wirkung kenne ich aus eigener Erfahrung				Deswegen trinke ich zuweilen			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	14-19 Jahre	20-29 Jahre	14-19 Jahre	20-29 Jahre	14-19 Jahre	20-29 Jahre	14-19 Jahre	20-29 Jahre
Alkohol ist eine angenehme Möglichkeit, sich zu entspannen	19	36	27	32	20	25	5	21
Alkohol vertreibt die Langeweile	16	24	14	17	9	12	7	9
Durch Alkohol bekommt man das Gefühl, über den Dingen zu stehen	15	28	9	21	6	5	9	7
Alkohol stärkt das Selbstvertrauen	16	25	12	20	5	6	8	7
Alkohol hilft über Niedergeschlagenheit und Depressionen hinweg	11	27	14	24	3	6	4	9
Alkohol macht das Gefühl von Einsamkeit und Unverstandeneheit erträglicher	8	19	12	18	3	4	4	4
Alkohol läßt einen starke Belastungen besser ertragen	12	21	15	19	2	6	2	6
Alkohol lenkt von Schwierigkeiten in der Familie oder im Beruf ab	6	26	14	16	8	4	2	7
Durch Alkohol kann man Ärger leichter bewältigen	6	24	14	21	10	7	2	7

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 14 Jahre; hier 14- bis 29jährige, BRD

Quelle: Aktionsgrundlagen der BZgA (1984), Teilband Alkohol, F 154

Abb. 35

Zigarettenraucher nach Alter und Geschlecht
1975-1989



* Die Zahlen für 1975 und 1979 stammen aus BZgA 1975, 1979

Legende:

M = Männer
F = Frauen

Grundgesamtheit:

Bevölkerung ab 14 J., BRD

Quelle:

REUTER 1982, 20 und MERZDORF/REUTER/WELSCH 1982, 40

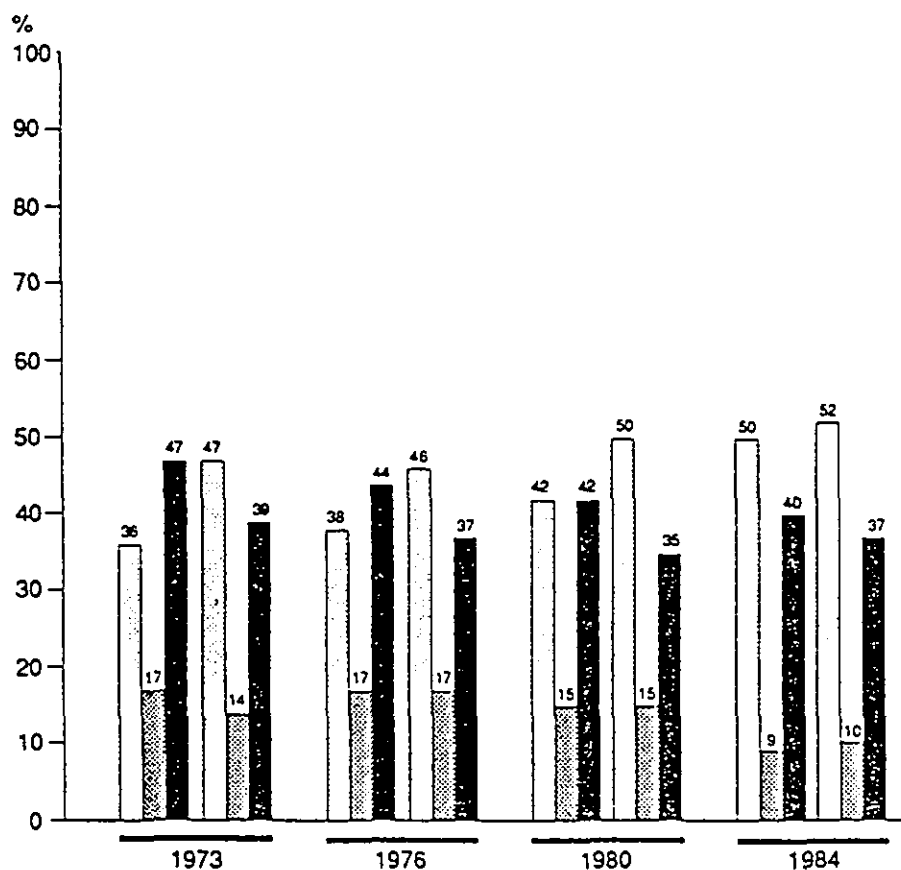
Tab. 36

Raucheranteile nach Geschlecht

Quelle (Bereich)	Grundgesamtheit	Legende	Jungen	Mädchen
FISCHER (1985, BRD)	15- bis 24jährige	Zumindest gelegentlich: = "hin und wieder" + "täglich"	61%	58%
		täglich	48%	40%
JUGEND FRAGT JUGEND (1986, Bayern)	12- bis 24jährige	Heutige Raucher, zumindest gelegentlich	40%	37%
		Raucher = Heutige und frühere Raucher	49%	47%
GOLOMBEK/JACOBSEN/ STALLMANN (1984, Berlin)	Schüler der 9.-10. Klassen, 16jährig	Keine Definitionsvorgabe	41%	45%
BMJFG (1983, fusionierte Daten 1978-1981 BRD ohne Bremen, Hessen und Berlin W.)	12- bis 24jährige	Zum Zeitpunkt der Befragung zumindest gelegentlich rauchend (nicht nur Zigaretten, sondern auch Pfeife, Zigariillos etc.)	41%	36%

Abb. 37

Raucheranteile nach Geschlecht 1973-1984



Legende:

- = Nie-Raucher
- = Frühere Raucher
- = Heutige Raucher (zumindest gelegentlich)

Grundgesamtheit: 12- bis 24jährige, Bayern

Quelle: JUGEND FRAGT JUGEND 1986, 107

Tab. 38

Raucheranteile nach Schultyp und Geschlecht

	Mädchen	Jungen	gesamt
Hauptschule	64	~ 64	64
Realschule	53	38	46
Gesamtschule	46	~ 49	47
Gymnasium	28	18	23
BB10	82	69	72
gesamt	45	41	43

Legende:

vgl. Tab. 36

Grundgesamtheit:

Schülerinnen der 9. und 10. Klassen (~16- bis 17jährigen), Berlin

Quelle:

GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 380

Tab. 39

Rauchbeginn nach Geschlecht in verschiedenen Untersuchungen

Quelle (Bereich)	Grundgesamtheit	Legende	Jungen	Mädchen	Differenz
TUDrop (1984, 383; Berlin)	Heroinabhängige	nicht ausgewiesen	13,4	13,4	0
GOLOMBEK/JACOBSEN/ STALLMANN (1984, 379; Berlin)	Schüler der 9. und 10. Klasse, + 16 Jahre	nicht ausgewiesen	Ø 13,4		3 Monate
BIENER (1980, 37; Zürich und Umland)	16- bis 19jährige Lehrlinge	Erster Neugierkonsum	10	13	3 Jahre
		Beginn regelmäßigen Rauchens	13	14	1 Jahr
Erhebungen der 70er Jahre (Übersicht: LOPEZ 1983, 14)	diverse	diverse	-	-	1 1/2 Jahre

Tab. 40

Einstiegsalter nach Geschlecht und Alter 1982IN WELCHEM ALTER HABEN SIE MIT EIN RAUCHEN
EIGENTLICH SO RICHTIG BEGONNEN.

	TOTAL MAENNLICH NACH ALTER					WEIBLICH NACH ALTER			
	12-13 JAHRE	14-17 JAHRE	18-20 JAHRE	21-25 JAHRE		12-13 JAHRE	14-17 JAHRE	18-20 JAHRE	21-25 JAHRE
SUMME INTERVIEWS	1252 100.0	53 100.0	207 100.0	155 100.0	235 100.0	47 100.0	165 100.0	148 100.0	220 100.0
10 JAHRE ODER JUENGER	15 1.2	4 7.5	5 2.4	3 1.9	2 .8	1 2.1			
11 + 12 JAHRE	40 3.2	5 9.4	5 4.3	4 2.5	4 1.7	6 12.8	4 2.4	4 2.7	4 1.7
13 + 14 JAHRE	155 15.5	2 3.8	45 23.7	27 17.0	34 14.7	4 8.5	46 27.2	17 11.5	20 9.7
15 + 16 JAHRE	277 20.1		54 26.1	65 42.4	68 34.6	1 2.1	28 16.6	55 37.2	82 35.7
17 + 18 JAHRE	186 14.5		7 3.4	22 12.8	61 25.5		3 1.8	27 18.2	66 28.7
19 JAHRE ODER AELTER	25 2.3				14 5.5			1 .7	14 6.1

Legende:Selbstangabe: "eigentlich so richtiger"
Beginn des RauchensGrundgesamtheit:

12- bis 25jährige, BRD

Quelle:Wiederholungsbefragung der BZgA ("Drogen-
affinität") 1982, zitiert nach REUTER
1983, 110

Tab. 41 Rauchen nach Alter und Geschlecht 1982

- Spaltenprozente -

	Jungen				Mädchen			
	12-13 Jahre	14-17 Jahre	18-20 Jahre	21-25 Jahre	12-13 Jahre	14-17 Jahre	18-20 Jahre	21-25 Jahre
ständige Raucher	2	28	64	62	2	24	55	55
Gelegenheits- raucher	11	23	11	8	15	21	16	11
Nichtraucher	85	48	25	28	79	50	28	28

Legende: Selbstangabe der Befragten

Grundgesamtheit: 12- bis 25jährige, BRD

Quelle: Wiederholungsbefragung der BZgA
("Drogenaffinität") 1982, zitiert nach
REUTER 1982, 111

Tab. 42 Rauchen nach Alter und Geschlecht 1984
 - Spaltenprozente -

	Jungen			Mädchen		
	15-17 Jahre	18-20 Jahre	21-24 Jahre	15-17 Jahre	18-20 Jahre	21-24 Jahre
rauche täglich	32	46	58	32	40	44
hin und wieder und kaum	16	13	11	17	20	15
gar nicht	52	41	31	51	40	41

Legende: Selbsteinstufung der Befragten

Grundgesamtheit: 15- bis 24jährige, BRD

Quelle: FISCHER 1985, 36

Tab. 43 Rauchen nach Ausbildungs-/Arbeitssituation und Geschlecht
 - Spaltenprozente -

	Ledige Frauen		Ledige Männer	
	in Schule/ Studium	in Beruf/ Berufsausbildung	in Schule/ Studium	in Beruf/ Berufsausbildung
Zigarettenraucher	23	56	37	60
- davon gelegentlich	14	10	7	6
- davon: Tageskonsum über 15 Zigaretten	11	27	13	47
- Bereitschaft, aufzu- hören oder weniger zu rauchen	28	28	34	38
früher Zigarettenraucher gewesen	13	6	4	7
Nie-Raucher	64	38	59	33

Grundgesamtheit:

hier 14- bis 25jährige, BRD

Quelle:

BZgA: "Effizienzkontrolle" 1977-1981,
 zitiert nach REUTER 1982, 151

Tab. 44

Motive des Rauchens nach Alter und Geschlecht

	TOTAL MAENLICH NACH ALTER				WEIBLICH NACH ALTER				
	12-13 JAHRE	14-17 JAHRE	18-20 JAHRE	21-25 JAHRE	12-13 JAHRE	14-17 JAHRE	18-20 JAHRE	21-25 JAHRE	
SUPPE INTERVIEWS	739	7	104	115	166	8	77	104	152
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
WEIL ES MICH BERUHIGT	340 46.0	0	44 42.3	56 47.1	75 47.0	1 25.0	36 46.6	45 47.1	74 46.7
WEIL ICH CADUREN LEISTUNGSFAHIGER BIN	42 6.1	0	10 5.6	5 4.2	8 6.6	0	3 3.5	8 7.7	11 7.2
WEIL ICH MIT BESSERER LAUNE WERDE	122 16.5	3 42.5	21 20.2	17 14.3	21 16.5	3 37.5	17 22.1	17 16.3	16 10.5
WEIL ICH MIT RAUCHEN AN GEWICHT ZUMENHET WUERDE	74 10.0	0	2 1.5	8 5.0	5 5.4	1 12.5	7 5.1	7 6.7	11 7.2
WEIL MAN IN GESELLSCHAFT RAUCHT	267 35.5	2 28.6	56 52.6	37 31.1	47 28.0	3 42.5	35 50.6	35 33.7	41 27.0
WEIL ICH GERAU WEISS, DASS MIR RAUCHEN NICHT SCHADET	21 2.8	0	1 0.8	1 0.8	4 2.4	0	4 5.2	2 1.9	5 3.3
WEIL ICH IN GESELLSCHAFT ZIGARETTEN OBT NICHT WEISS, WENN P.C. RAUCHEN	161 22.3	1 14.3	23 22.1	24 20.2	25 17.3	1 50.0	23 26.5	24 23.1	37 24.3
WEIL RAUCHER BESSER ANGEGEHEN SIND	15 2.0	1 14.3	1 0.8	4 3.4	1 0.8	1 12.5	3 3.5	0	1 0.7
WEIL MICH RAUCHEN SELBSTSICHERER MACHT	116 15.7	1 14.3	22 22.1	13 10.5	21 12.5	1 12.5	12 15.4	14 13.5	31 20.4
KEINE ANGABE	126 17.1	2 28.6	4 5.8	25 21.0	43 25.6	0	7 5.1	17 16.2	26 17.1

Grundgesamtheit: 12- bis 25jährige, BRD

Quelle: Wiederholungsbefragung der BZgA ("Drogenaffinität") 1982, zitiert nach REUTER 1982, 126

Tab. 45

Motive des Nichtrauchens nach Alter und Geschlecht

	TOTAL MAENLICH NACH ALTER					WEIBLICH NACH ALTER				
	12-13 JAHRE	14-17 JAHRE	18-20 JAHRE	21-25 JAHRE		12-13 JAHRE	14-17 JAHRE	18-20 JAHRE	21-25 JAHRE	
SUMME INTERVIEWS	104	105	157	25	138	130	165	65	134	
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
WEIL ES TEUER IST	41	37	57	5	57	27	75	25	52	
	39.4	35.2	36.3	20.0	41.3	20.8	45.5	38.5	38.8	
WEIL ES MIR NICHT SCHMECKT	54	53	52	42	63	48	55	57	82	
	52.2	48.4	46.7	56.0	60.1	35.4	52.4	64.0	61.2	
WEIL MAN DAVON KEINE FINGER BEKOMMT	44	4	4	4	7	5	5	5	10	
	4.1	3.7	2.6	5.3	5.1	3.8	2.6	5.6	7.5	
WEIL ES UNGESUND IST, DIE KÖRPERLICHE LEISTUNGS- FAHIGKEIT VERMINDERT	71	71	132	54	57	63	131	62	85	
	67.4	65.1	83.0	72.0	70.2	63.6	65.3	65.7	63.4	
WEIL NUR ANGEBER RAUCHEN	117	12	32	6	5	15	20	7	9	
	11.0	13.6	16.2	4.0	6.5	14.6	10.6	7.6	6.7	
WEIL MAN DABEI IMMER SO STINKT	131	13	21	7	20	12	26	10	22	
	12.3	11.5	10.7	5.3	14.5	5.2	13.8	11.2	16.4	
WEIL MAN DAVON EINE KASCHIERTE HAUT BEKOMMT	47	7	4	2	5	4	10	6	13	
	4.4	6.5	2.0	2.7	3.6	3.1	2.3	5.0	5.7	
WEIL MIR DAMIT IMMER DIE AUGEN DRENNEN/TRAENEN	104	6	6	4	16	5	27	12	24	
	10.0	7.2	4.1	5.3	13.0	3.8	14.3	13.5	17.9	
WEIL MAN MIT EINER ZIGARETTE NICHT GUT AUSKOMMT	26	2	2	1	2	2	6	3	5	
	2.5	1.8	1.0	1.3	2.2	1.5	4.2	3.4	3.7	
WEIL ES MIR WEPOTEN WÜRD E	122	35	25		1	26	21	1	5	
	11.5	32.0	14.7		0.7	20.0	14.1	1.1	2.7	
WEIL JEPANE, DER MIR NAHESTEN, NICHT MAG, DASS ICH RAUCHE	75	4	5	4	14	5	10	4	15	
	7.4	7.2	4.6	5.3	10.1	6.5	5.3	6.7	14.2	
WEIL NICHTRAUCHER BESSER ANGEGEHEN SIND	54	7	14	1	6	9	11	4		
	5.1	6.4	7.1	1.3	5.8	6.9	5.8	4.5		
KEINE ANGEBE	47	5	4	2	2	12	5	3	5	
	4.0	6.3	2.6	2.7	1.4	9.2	2.6	3.4	3.7	

Grundgesamtheit: 12- bis 25jährige, BRD

Quelle: Wiederholungsbefragung der BZgA ("Drogenaffinität") 1982, zitiert nach REUTER 1982, 114

Tab. 46 Entwicklung der Verwendung von Rauschmitteln
1971-82

	1971	1973	1976	1979	1982
Rauschmittel (inkl. Alkohol und Nikotin)					
mehrmals oder regelmäßig	10	12	7	12	13
schon mal	4	4	3	2	2
noch nie	86	84	90	86	85
aktueller Konsum von Haschisch, Marihuana, LSD, Koks, Schnüffel-Speed	*)	6	4	7	9

*) 1971 nicht erfragt

Grundgesamtheit: 14- bis 25jährige, BRD

Quelle: Drogenaffinitätsstudie der BZgA 1982
zitiert nach REUTER 1982, 48 .

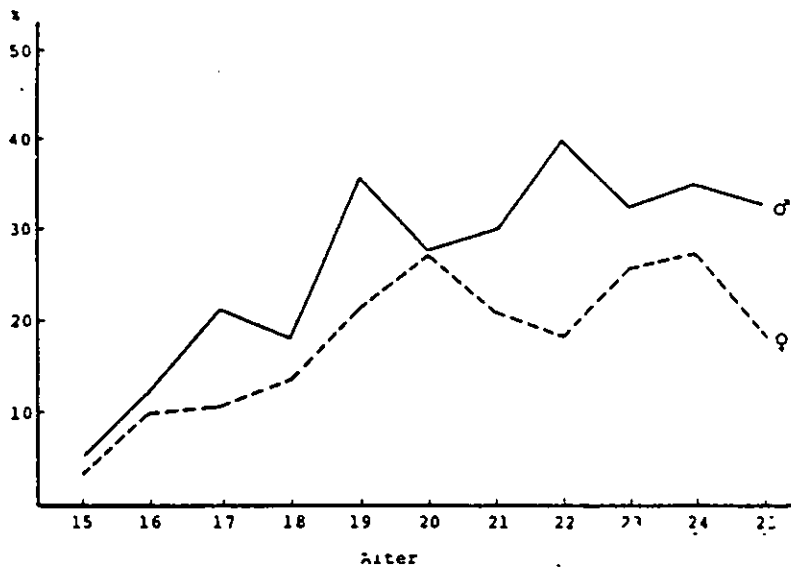
Tab. 47

Rauschmittelkonsumenten nach Geschlecht in verschiedenen Untersuchungen

Quelle (Bereich)	Grundgesamtheit	Legende	Mädchen	Jungen
BADEN-WÜRTTEMBERG (1980)	12- bis 24jährige	Rauschmittelkonsumenten = schon einmal Drogen genommen	6%	8%
BMJFG (1983, BRD)	12- bis 24jährige	Drogenerfahrene = jemals Drogen genommen	8%	11%
		aktuelle Konsumenten = eine oder mehrere Drogen innerhalb der letzten 6 Monate vor der Befragung genommen	3%	4%
HORNUNG/SCHMIDTCHEN/ SCHOLL-SCHAAF (1985; Erhebung 1977/78, Zürich)	15- bis 25jährige	Cannabis-Probierer = schon 1 bis 2mal genommen	7%	7,5%
		schwere Konsumenten = Drogen über 50mal genommen	3%	8%
JUGEND FRAGT JUGEND (1982 und 1986, Bayern)	12- bis 24jährige	frühere Drogenmißbrau- cher (= vor 6 Monaten oder länger zum letzten Mal Drogen genommen) und	8%	13%
		heutige (Drogen innerhalb der letzten 6 Monate vor der Befragung genommen)	10%	11%

Tab. 49

Cannabiskonsum nach Alter und Geschlecht



Legende: Kontakt mit Cannabisprodukten

Grundgesamtheit: 15- bis 25jährige, Zürich

Quelle: HORNING/SCHMIDTCHEN/SCHOLL-SCHAAF 1985, 44 (Erhebung 1977/78)

Art der Einnahme von Rauschmitteln*

Grundgesamtheit: Jugendliche, die Rauschmittel nehmen bzw. genommen haben

	Gesamt		Jungen		Mädchen	
	1976	1980	1976	1980	1976	1980
Basis:	292	218	185	135	107	83
Geraucht	72%	85%	57%	88%	78%	81%
Geschluckt	41%	27%	47%	19%	36%	40%
Geschnüffelt	8%	6%	3%	8%	9%	4%
Geschnupft	8%	7%	9%	6%	8%	9%
Gespritzt	5%	3%	6%	3%	5%	4%

* Die Angaben enthalten Mehrfachnennungen

Grundgesamtheit: 12- bis 24jährige Jugendliche, die Rauschmittel nehmen oder schon einmal genommen haben

Quelle: JUGEND FRAGT JUGEND 1982, 73

Tab. 51

Entwicklung der Verwendung von Arzneimitteln
1971-82

	1971	1973	1976	1979	1982
Schlafmittel					
- mehrmals genommen oder regelmäßiger Konsum	16	16	12	12	8
- schon mal genommen	7	8	6	5	5
- noch nie genommen	77	76	82	83	87
Schmerzmittel					
- mehrmals genommen oder regelmäßiger Konsum	58	64	55	51	46
- schon mal genommen	14	11	12	12	13
- noch nie genommen	28	25	33	37	41
Beruhigungsmittel					
- mehrmals genommen oder regelmäßiger Konsum	19	18	12	11	9
- schon mal genommen	4	3	1	3	2
- noch nie genommen	86	87	93	92	93
Aufputzmittel					
- mehrmals genommen oder regelmäßiger Konsum	10	12	7	12	13
- schon mal genommen	4	4	3	2	2
- noch nie genommen	86	84	90	86	85

Grundgesamtheit: 14- bis 25jährige, BRD

Quelle: Drogenaffinitätsstudie der BZgA 1982,
zitiert in REUTER 1982, 48

Tab. 52

Prognose der mittelfristigen Entwicklung des
Verordnungsvolumens nach Altersgruppen
(Anteile in Prozent bzw. Entwicklungstrends)

	1980			Prognose des BPI				
	1 Bevölke- rung	2 Rezepti- volumen	3 Verord- nungs- volumen	4 Bevölke- rung	4a Bevölke- rung	4b Bevölke- rung	5 Verord- nungs- volumen (I)	6 Verord- nungs- volumen (II)
	1980			1984 (P)	1990 (P)	1995 (P)		
0 bis 19	27,3	18,7	13,5	24,3	20,9	20,5	-	-/- -
20 bis 39	28,1	20,8	17,5	28,7	31,3	30,4	●	●
40 bis 54	19,6	20,4	20,1	21,2	21,4	20,7	+	+ / + +
55 bis 64	9,6	13,8	15,4	11,3	11,6	13,1	++	++
65 und älter	15,4	26,3	33,5	14,5	14,8	15,3	-	●

- = leicht abnehmend

+ = leicht zunehmend

● = konstant

-- = abnehmend

++ = zunehmend

(I) Prämisse: Konstante altersgruppenspezifische Verordnungen; es wirkt sich also nur die Veränderung der Altersstruktur aus.

(II) Prämisse: Änderung in der Altersstruktur sowie Änderungen der altersspezifischen Verordnungsmengen.

* Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsvorausberechnung und eigene Berechnungen
BPI-Marktforschung.Quelle:BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE
1983, 24

Tab. 53

Verordnungen verschiedener psychoaktiver Arzneimittel bei Kindern bis 12 Jahre

Arznei- mittel	Unter 1 Jahr		1 bis 5 Jahre		5 bis 12 Jahre	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Schlaf- /Beru- igungsmittel	33 000	30 000	105 000	90 000	125 000	120 000
Tranquilizer/ Neuroleptika	20 000	16 000	102 000	82 000	120 000	95 000
Anti- depressiva	-	1 000	12 000	6 000	62 000	32 000
Cerebro- aktivatoren	-	-	2 000	-	55 000	31 000
Neurotonika	-	-	4 000	2 000	13 000	13 000
Schmerzmittel	292000	267000	12301000	1075000	1120000	1030000

Quelle:

SICHROVSKY 1984, 92

Tab. 54

Einstellung zu und Verwendung von Medikamenten nach Arbeits-/Ausbildungssituation und Geschlecht

	Ledige Frauen		Ledige Männer	
	in Schule/ Studium	in Beruf/ Berufsaus- bildung	in Schule/ Studium	in Beruf/ Berufsaus- bildung
Um leistungsfähig zu sein, brauche ich hin und wieder ein Arzneimittel (stimme voll/teilweise zu)	8	8	2	4
Verwender von Schmerzmitteln	40	42	18	27
Verwender von Herz-Kreislaufmitteln	16	14	10	8
Verwender von Rheumamitteln	3	4	3	1
Verwender von Beruhigungsmitteln	9	6	6	4

Grundgesamtheit:

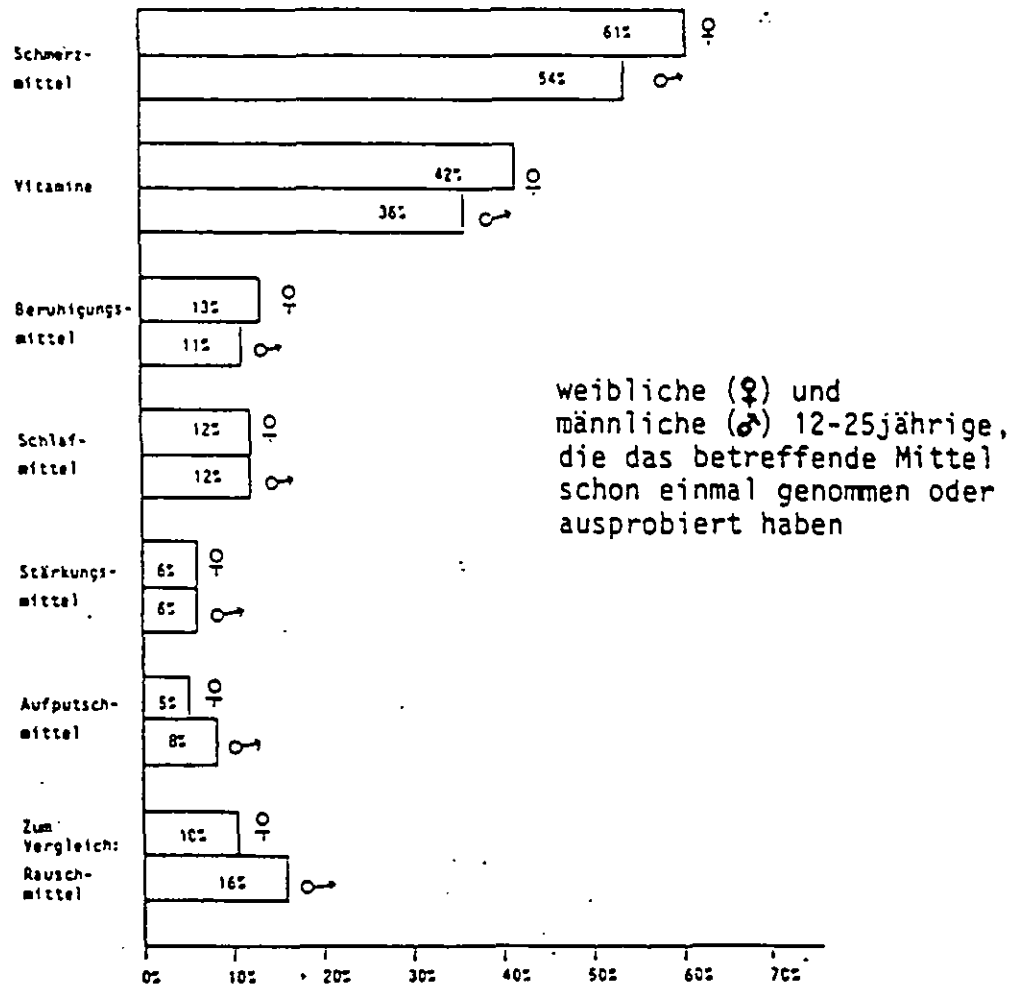
Bevölkerung ab 14 Jahre, hier 14- bis 25jährige, BRD

Quelle:

Effizienzkontrolle der BZgA 1981, zitiert nach REUTER 1982, 155

Abb. 55

Medikamentenerfahrung nach Geschlecht



Legende:

Das betreffende Mittel schon einmal genommen oder ausprobiert

Grundgesamtheit:

15- bis 25jährige, BRD

Quelle:

Drogenaffinitätsstudie BZgA 1982, 15

Tab. 56

Medikamentenkonsum nach Geschlecht

	Mädchen	Jungen
Schmerzmittel	58	39
Schlaf-, Beruhigungsmittel	9	7
Weck-, Aufputschmittel	6	9
Verdauungsmittel	5	1
Vitamine	49	67
(insgesamt)	52	40)

Legende: nicht näher definiert, mit und ohne
Verordnung

Grundgesamtheit: Schülerinnen der 9. und 10. Klassen,
(~ 16- bis 17jährigen), Berlin W.

Quelle: GOLOMBEK/JACOBSEN/STALLMANN 1984, 387 f.

Tab. 57

Einstellungen zu eigenem Medikamentenkonsum
nach Geschlecht

	14-19 Jahre		20-29 Jahre	
	Mädchen	Jungen	Frauen	Männer
Ohne Schlaf- und Beruhigungsmittel könnte ich nicht mehr auskommen	2	0	1	2
Um leistungsfähig zu sein, brauche ich hin und wieder ein Arzneimittel	0	3	3	3
Ich nehme Medikamente und Arzneimittel grundsätzlich nur auf Verordnung des Arztes	39	40	29	30
Medikamente nehme ich nur, wenn ich wirklich sehr krank bin und es nicht mehr anders geht	78	75	82	83

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 14 Jahre, BRD

Quelle: Aktionsgrundlagen der BZgA 1984, Teilband
Medikamente, F 166

Tab. 58

Appetitveränderung von Jugendlichen bei unter-
bzw. überaktivierendem Streß

Appetit	Langeweile		Einsamkeit		Trauer		Ärger/Streit		Eile/Hetze	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
sinkt	6	8	17	19	35	35	46	49	53	64
unverändert	52	43	47	44	46	44	40	39	38	30
steigt	42	49	36	37	19	21	14	12	9	6
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Grundgesamtheit: 13- bis unter 18jährige Jugendliche, BRD

Quelle: ERNÄHRUNGSBERICHT 1984, 123

Tab. 59

Zusammenhänge zwischen abweichendem Verhalten
und Indikatoren der Norminternalisierung bei
Schüler/innen der 6. und 9. Jahrgangsstufe

Korrelationen

	N =	Delinquenzbelastung				Rauchen und Trinken			
		GS	GYM	RS	HS	GS	GYM	RS	HS
6. Stufe	N =	2542	616	462	893	2542	616	462	893
<i>abweichendes Verhalten</i>		0,59	0,47	0,41	0,62	0,48	0,45	0,41	0,48
- aggressives Verhalten gegen Lehrer		0,46	0,37	0,32	0,52	0,33	0,32	0,34	0,36
- aggress. V. gegen Mitsch. u. Sachen		0,58	0,40	0,43	0,58	0,42	0,37	0,28	0,44
- Verstöße gegen Unterrichtsregeln		0,50	0,42	0,36	0,54	0,44	0,44	0,39	0,44
- Flucht- u. Vermeidungstendenzen		0,47	0,36	0,27	0,49	0,42	0,30	0,23	0,38
9. Stufe	N =	1935	507	444	617	1935	507	444	617
<i>abweichendes Verhalten</i>		0,61	0,53	0,59	0,67	0,48	0,49	0,52	0,51
- aggressives Verhalten gegen Lehrer		0,49	0,46	0,52	0,59	0,37	0,41	0,44	0,44
- aggress. V. gegen Mitsch. u. Sachen		0,55	0,48	0,53	0,61	0,33	0,29	0,33	0,37
- Verstöße gegen Unterrichtsregeln		0,51	0,39	0,48	0,59	0,45	0,45	0,48	0,48
- Flucht- u. Vermeidungstendenzen		0,56	0,54	0,49	0,66	0,48	0,51	0,51	0,49

Grundgesamtheit: 12- bis 16jährige, BRD

Quelle: FEND/SCHNEIDER 1984, 130

Tab. 60

Verschiedene Formen des Konsums als Bewältigungshandeln nach Geschlecht

	TOTAL 14-19	MÄNNLICH 14-19	WEIBLICH 14-19
① ALKOHOLKONSUM (ETWAS TRINKEN)	17%	27	6
② RAUCHEN (EINE ZIGARETTE RAUCHEN)	21%	22	20
③ MEDIKATION (EIN MEDIKAMENT NEHMEN)	9%	6	12
④ ESSEN (ETWAS ESSEN)	53%	48	59
EINS ODER MEHR VON (1) - (4)	68%	68	68

Grundgesamtheit:

12- bis 25jährige, BRD

Quelle:

BZGA 1982 ("Drogenaffinitätsstudie"), zitiert nach REUTER 1982, 66

Tab. 61 Häufigkeit spezifischer Formen des Bewältigungshandelns nach Geschlecht

	14-60jährige Frauen gesamt	14-25jährige, ledige Frauen in Schule/ Studium	14-25jährige, ledige Frauen Beruf/-sausbildung	14-60jährige Männer gesamt	14-25jährige, ledige Männer in Schule/ Studium	14-25jährige, ledige Männer in Beruf/-sausbildung
50		Essen (71)				Rauchen (50)
					Essen (47)	
			Essen (47)	Alkohol (43)		
			Rauchen (43)			Alkohol (40)
				Rauchen (36)		
	40	Essen (40)				Essen (33)
				Essen (29)		
					Alkohol (28)	
		Rauchen (24)				
		Medikamente/22				Rauchen (19)
	20				Medikamente (12)	
		Alkohol (19)				Medikamente (10)
10		Medikamente/13	Alkohol (14)			
		Rauchen (12)	Medikamente/13			
		Alkohol (7)			Medikamente (3)	

Grundgesamtheit:

Bevölkerung ab 14 Jahre, BRD;
hier 14- bis 25jährige.

Quelle:

BZGA 1982 ("Aktionsgrundlagen"),
zitiert nach REUTER 1982, 80 f.